FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 juin 1909, à 1 heure.

PAR

M. MIGNARD

LICENCIÉ ÈS LETTRES

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX (MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE)

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE.

LES ÉTATS DE SATISFACTION

DANS LA DÉMENCE ET L'IDIOTIE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. GAUCHER, ROGER, professeurs. — SICARD, agrégé.

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

LIBRAIRIES FÉLIX ALCAN ET GUILLAUMIN RÉUNIES

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. / DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. / QUENU. / RECLUS.
Clinique ophtalmologique	SEGOND. / De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. / PINARD.
	RIBEMONT DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

MM.

Agrégés en exercice.

AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BEZANÇON. (F.)	P. DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André.)	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET (A.)	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (M.)	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Membre de l'Institut,
Professeur de Pathologie Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

C'est avec le plus vif plaisir que je profite de l'occasion qui m'est donnée de remercier mes maîtres, présents et anciens, et les personnes qui ont bien voulu me prêter leurs conseils ou leur concours :

MM. Bouysset et Escoffre, professeurs au Collège de Castres;

MM. Pain et Berr, professeurs au lycée Henry IV, auxquels je dois ajouter le souvenir du regretté M. Lavigne;

Mes professeurs de Sorbonne : M. le Dr Janet, MM. Lévy Brühl, Séailles, Boutroux, aux noms desquels s'unit la mémoire de M. le professeur Brochard;

Mes maîtres des hôpitaux : M. le Dr Baudet, M. le Dr Mauclaire, chirurgiens des hôpi-

taux; M. le Dr Thibierge, M. le Dr Dupré, M. le Dr Sergent, médecins des hôpitaux de Paris, en leur adressant l'expression de mon souvenir reconnaissant;

Mes maîtres dans les Asiles de la Seine: M. le Dr Vigouroux, M. le Dr Pactet, M. le Dr Colin, médecins en chef des asiles de la Seine, auxquels je viens exprimer ma profonde gratitude pour leurs leçons et leurs conseils, et la bienveillance qu'ils m'ont témoignée;

M. le Dr Toulouse, médecin en chef des asiles de la Seine, qui a bien voulu me faire l'honneur et le plaisir d'accepter ma collaboration dans diverses recherches, et de m'accorder, pour celles-ci, les plus grandes facilités de travail dans son laboratoire de l'Ecole des Hautes-Etudes;

M. le Dr Dumas, dont les ouvrages ont suscité l'idée de ce travail, qu'il a encouragé par son accueil et son appui après l'avoir provoqué par son exemple;

Mon ancien camarade et ami M. H. Piéron, chef des travaux à l'Ecole des Hautes Etudes, qui a personnellement collaboré à plusieurs parties de mes recherches;

M. le Dr Bridou, dont les œuvres et les amicales conversations ont fourni à cet ouvrage un de ses meilleurs soutiens ;

Mon camarade et ami M. le Dr Courbon, médecin adjoint des asiles, MM. les Docteurs Conseau et Meuriot qui m'ont fourni d'intéressants documents ;

M. le Dr Briand, médecin en chef des asiles de la Seine, qui a bien voulu, à maintes reprises, s'intéresser à ce travail ;

M. le Dr Brissaud qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse ;

Enfin mes parents et mes amis, maîtres et collaborateurs de chaque jour, auxquels je n'ai pas besoin de dire toute ma grande et fidèle affection.

M. M.

INTRODUCTION

L'EUPHORIE

A voir les nombreux et remarquables ouvrages qui traitent de la mélancolie, et l'absence à peu près complète d'études sur le bonheur pathologique, on pourrait croire que la plupart des maladies mentales s'accompagnent de sentiments désagréables. Une simple et rapide visite dans un asile d'aliénés montrerait cependant à l'observateur le moins prévenu combien sont fréquents les états d'euphorie morbide, et le visiteur ne serait peut-être pas moins péniblement affecté de certains sourires que de bien des larmes. Ceux qui veulent faire du simple bonheur le but unique de notre existence trouveront peut-être quelque difficulté à expliquer pourquoi l'on éprouve souvent un sentiment plus triste devant la béatitude d'un idiot que devant le désespoir d'un mélancolique! Nous

nous contenterons ici de remarquer combien sont répandus ces états d'euphorie et combien peu étudiés. Du reste la douleur est plus connue que le plaisir, la tristesse que la joie. Peut-être est-il plus facile d'observer des états pénibles, et de les provoquer. Peut-être, selon l'hypothèse optimiste, tranchent-ils davantage sur le sentiment général de l'existence. Peut-être, selon la théorie pessimiste, sont-ils vraiment plus fréquents, et plus répandus. Nous tâcherons, du point de vue pathologique, de montrer par quelques arguments combien cette dernière opinion est exagérée. Enfin l'on pourrait dire que la crainte de la douleur et l'active défense contre la tristesse nous tournent tout entiers contre le mal que nous devons éviter, sans nous laisser le temps de voir le bien que nous recherchons. Toujours est-il que l'on s'arrête plus volontiers aux plaintes d'un hypocondriaque qu'au perpétuel : « Ça va bien! » de quelque dément cachectique. Et pourtant quel curieux problème soulève cette contradiction biologique!

Le fait indéniable c'est qu'on ne saurait, au sujet de l'Euphorie, rien opposer aux monographies de MM. Toulouse et Roubinovitch Masselon, etc. sur la Mélancolie. A peine quelques régions d'un champ si vaste ont-elles été abordées. Il est classique de parler de l'Euphorie morbide et symptomatique qui accompagne

les tumeurs de l'encéphale et particulièrement celles qui compriment le lobe frontal. D'autre part l'optimisme des tuberculeux, maintes fois signalé par l'opinion populaire, a été souvent vérifié : « ... Cette disposition, dit Ball, connue à l'étranger sous le nom d'Euphorie (εὖ φερω se bien porter), incline le malade à se croire sur le chemin de la guérison lorsqu'il est aux portes de la mort. Pour moi, je l'avoue, c'est toujours un véritable sujet d'étonnement de voir le calme, l'indifférence et la sécurité avec lesquels un homme dont les poumons sont ravagés, voit approcher sa fin, tandis que, dans un lit voisin, un simple hémorroïdaire nous étourdit de ses ennuyeuses lamentations et se déclare à chaque instant perdu... Chez beaucoup de tuberculeux qui se rendent parfaitement compte de leur état, il existe une sorte de résignation qui vient investir d'un charme poétique leurs derniers instants... »

Monsieur Dupré a fait à ce sujet une communication au congrès de Pau; et, reprenant la question avec M. Camus[1], il décrit un état d'optimisme aveugle, d'illusionnisme continuel, très analogue à l'état des cancéreux morphinisés, chez un tuberculeux à l'autopsie duquel furent découvertes des adhérences de la pie-mère à la partie postérieure des lobes frontaux, avec des

1. Dupré et Camus, *Euphorie délirante des phtisiques* (Encéphale, 1906).

ulcérations nécrotiques diffuses de l'écorce frontale. Les lésions histologiques consistaient en une méningite hyperplastique, cependant que l'on découvrait aussi des lésions des cellules nerveuses frontales, telles que la disparition du protoplasme, la vacuolisation et la dégénérescence des noyaux.

Ne nous arrêtons pas aux troubles des sentiments produits par les toxiques. Tout le monde connaît quel plaisir spécial recherche le morphinomane ou le fumeur d'opium : sentiment de légèreté, d'indépendance, suppression de la peine et de l'effort, et cependant, parmi le riche défilé des hallucinations visuelles, une impression de force et de puissance supérieures. Ce bonheur est d'ailleurs de courte durée et fait bientôt place à la morne apathie que viennent seulement ponctuer par intervalles les douloureuses périodes de besoin.

Les états de gaîté semblent prédominer dans l'ivresse légère s'ils sont rares dans l'intoxication massive, exceptionnels chez l'alcoolique. Kraepelin indique à ce point de vue certaines différences qui existeraient entre les races allemandes et françaises. Mais laissons la question des toxiques.

Le bonheur de l'extase a été traité par bien des auteurs, qui souvent donnent à ce mot des acceptions très particulières. Néanmoins, certains états voisins semblent se trouver chez les

hystérisques, les mystiques et quelques dégénérés. M. Ribot, dans sa *Psychologie de l'attention* le rattache aux troubles de l'attention et de la personnalité. Une belle étude du *Castillo interior* de sainte Thérèse nous donne « la description étapes par étapes de cette concentration progressive de la conscience qui, partant de l'état ordinaire de diffusion, revêt la forme de l'attention, la dépasse, et peu à peu, dans quelques cas rares, parvient à la parfaite unité de l'intuition ». Pour atteindre le château bâti d'un seul diamant et d'une pureté incomparable, il faut franchir les sept degrés de l'oraison. Ainsi le mystique s'élève de la « vie du monde » à la « première demeure », demeure de l'oraison vocale. La seconde demeure est celle de l'oraison mentale ; puis c'est l'oraison de recueillement : l'oraison de quiétude, l'oraison d'union amènent aux limites du parfait bonheur. C'est l' « entrevue avec le divin fiancé ». Enfin voici l'extase complète, c'est l' « oraison de ravissement ». Mais la septième et dernière demeure est atteinte par le vol de l'esprit. C'est l'unification avec Dieu qui se fait d'une manière soudaine et violente. Voilà le sommet de la béatitude infinie !... Il n'est peut-être pas inutile d'attirer l'attention sur ces phénomènes, dont M. Janet s'est aussi occupé dans l'*Automatisme psychologique*, car nous verrons peut-être comment ces accès de

monoïdéisme bienheureux, péniblement ou rarement atteints par quelques individus, peuvent avoir quelque analogie avec l'état chronique de certains malades.

Dans son ouvrage sur *la Tristesse et la Joie*, M. Dumas a donné une étude très approfondie de l'état psychologique et physiologique que présentaient certains aliénés atteints de folie circulaire. Pour pouvoir mieux comparer les résultats expérimentaux, il étudie chez le même malade les concomitants des sentiments tristes et joyeux. M. Dumas a même, autant que possible, mesuré les phénomènes organiques, physiques et chimiques qui se produisaient chez ces sujets.

Il s'agit évidemment dans cet ouvrage de sentiments joyeux proprement dits, sentiments agréables intimement unis à des phénomènes d'excitation organique ou mentale. Ils s'accompagnent de vaso-dilatation périphérique. On observe le plus souvent de l'hypertension. Si ce dernier symptôme est parfois absent, les caractères permanents consistent en une circulation périphérique plus active, l'accélération du cœur, l'accélération de la respiration, rapide et ample. De même, les combustions organiques sont augmentées. Certains symptômes d'ordre psychologique, tels que le rétrécissement de la pupille, viennent compléter le tableau. La joie des *circulaires* pourra donc ainsi apparaître

comme la conscience de leurs modifications somatiques et psychiques. Cette joie, avec la surabondance de gestes qu'elle détermine, ou qu'elle exprime, est liée à l'expansion active des maniaques. C'est bien la joie d'un accès de manie qu'analyse M. Dumas.

CHAPITRE PREMIER

LES BÉATS. — IDIOTS ET DÉMENTS SATISFAITS

Les sujets dont il sera question ici sont, à première vue, très dissemblables de ceux qui sont décrits dans *la Tristesse et la Joie*. Nous verrons dans la suite sur quelles bases psychiques ou somatiques peut reposer cette dissemblance. Il existe généralement dans les services d'aliénés un quartier où l'on hospitalise les gâteux : déments séniles, paralytiques généraux cachectiques, déments précoces ou vésaniques parvenus à une période de démence réelle et profonde; tous ces tristes déchets de la société et de l'asile sont réunis loin des autres malades.

L'observateur ou le psychologue qui s'intéresse à leur physionomie éprouve bientôt une curieuse impression : un grand nombre de ces lamentables malades sourient avec béatitude; quelques-uns ne laissent voir qu'une souveraine apathie;

de plus rares expriment une niaise douleur ; d'autres rient aux éclats, d'un rire stupide ; mais vraiment, la note dominante est donnée par ceux d'entre eux qui adressent au visiteur un aimable sourire, empreint de complaisance et de mollesse, un sourire inexpressif et fixe, cependant que leur corps affaissé, leurs membres lents et maladroits trahissent la profonde détresse de l'organisme ou l'absence de développement de l'esprit. Adressons-leur la parole : ils sont contents de tout, ils se trouvent bien ; ils sont souvent fiers ; ils sont satisfaits, d'eux-mêmes, des autres, de la soupe, et du temps, ou, plutôt, de tout et de rien ; les raisons qu'ils peuvent donner ne valent pas l'analyse.

Il ne faudrait pas dissimuler, dans ce rapide tableau, les différences qui séparent des individus aussi *lointains* que des idiots et des déments paralytiques. Il est possible — il est probable — que leur joie, apathique ou niaise, repose sur des bases bien différentes. Cette remarque ne saurait enlever sa valeur à ce fait, que les états de satisfaction sont surtout fréquents chez les sujets dont l'esprit est particulièrement affaibli. Des chiffres ici n'auraient aucun intérêt ; mais l'on peut affirmer que si les tristes persécutés ou les mélancoliques forment la majorité dans certaines salles d'asile où sont gardés des individus d'un état mental plus élevé, les états de béatitude semblent prédominer sur

les derniers degrés de l'échelle intellectuelle et morale. Bienheureux ces pauvres en esprit !

L'instabilité passionnelle de l'homme normal, les tendances actuelles qui consistent à chercher dans le délire la justification d'un état cœnesthésique ou sentimental, la complexité extrême des phénomènes émotionnels chez les aliénés ou les individus normaux d'un niveau mental plus élevé, tout cela porte à croire que la psychologie du sentiment agréable sera mieux éclairée par l'étude de phénomènes simples et chroniques (béatitude de l'idiot et du dément) que par l'euphorie normale du sujet sain ou la mégalomanie du délirant.

Comme la psychologie, il semble que la médecine mentale pourrait tirer parti de l'investigation de ces états dont la stabilité paraît, dès l'abord, un signe défavorable à la guérison. Enfin, pour le biologiste comme pour le philosophe, quelle énigme vivante, quel curieux spectacle que tel paralytique cachectique, ruine physique et morale sur laquelle s'épanouit aux portes du tombeau une paradoxale et bienheureuse euphorie ? Telles sont quelques-unes des raisons qui nous poussent à observer les sentiments agréables chez les déments et les idiots, et plus particulièrement les états agréables les plus simples et les plus chroniques, ceux que n'accompagne aucun (ou presque aucun) phénomène d'excitation intellectuelle ou somatique. Tels sont pré-

cisément les *états de satisfaction* qui nous paraissent présenter l'intérêt le plus actuel.

Nous ne comprendrons pas dans notre sujet l'étude de l'état mental de certains délirants chroniques dont les idées de persécution évoluent peu à peu vers la mégalomanie en même temps que leur esprit sombre dans la démence. Et cependant ils présentent bien des idées de satisfaction, tout au moins de satisfaction personnelle. Le calme de ces satisfaits vaniteux, l'involution de leur esprit ne viennent-ils pas les désigner à notre attention?

« On s'imagine à tort, disait déjà Calmeil, que ces malades jouissent toujours d'un bonheur parfait. Les souverains des petites maisons déplorent parfois avec une véritable amertume l'injustice et la cruauté de leurs prétendus sujets. » A. Foville, qui cite cette intéressante opinion, a consacré une grande partie de ses œuvres à distinguer deux espèces de mégalomanie, deux modes de délire ambitieux. Dans l'un les idées de persécution et de lutte amèneraient le malade à s'attribuer une grande valeur personnelle; une forte personnalité s'est reconnue dans le malheur: c'est la mégalomanie des délirants chroniques. Dans l'autre l'euphorie, le sentiment de facilité et de puissance conduit aux mêmes conceptions : c'est le délire ambitieux du paralytique général. Les recherches des modernes sont venues, pour une grande part, con-

firmer cette manière de voir. Les caractères, si souvent étudiés, du délire paralytique, et d'autre part ceux de la mégalomanie du persécuté, successivement élucidés par Legrand du Saule, Lasègue, Magnan, Garnier, ont laissé voir d'essentielles différences psychologiques. Que la vanité du délirant systématique soit due au classique « syllogisme » auquel nous faisions allusion tout à l'heure, ou qu'il faille plutôt chercher la cause de ce sentiment, et du délire à la fois, dans une exagération morbide de la conscience de la personnalité et de ses droits, ou qu'une autre raison se puisse donner de la satisfaction de ce vieux vésanique, cette satisfaction est trop mêlée, trop contestable, trop étroite pour pouvoir être comparée aux états dont nous avons parlé plus haut.

Mais nous n'aurons pas cité en vain cet intéressant cas pathologique; et nous nous réservons de rappeler dans la discussion ce fait typique que l'orgueil du délirant systématique, source, au début, de sentiments pénibles, tend, lorsque vient la période de l'involution démentielle, à lui procurer des impressions flatteuses et des sentiments plus agréables.

De même, il ne faudrait pas négliger tout à fait un phénomène psychologique voisin de ceux qui nous occupent : c'est la vanité du débile intellectuel et moral. Ce fait est à la fois trop spécial et trop complexe pour qu'il puisse être

déjà étudié. La satisfaction du sujet se rapporte ici trop exclusivement à l'opinion qu'il se fait de lui-même, elle est trop interprétée pour qu'elle trouve place à côté d'états aussi larges et aussi simples que le bien-être de l'imbécile. D'autre part, le débile a déjà une intelligence bien compliquée, lorsqu'on le compare aux sujets dont il sera question dans les pages suivantes. Cependant cette remarque générale, que les faibles d'esprit sont souvent très fiers de leurs facultés, peut nous conduire à penser qu'il doit y avoir là quelque cause profonde, analogue à celles de la bienheureuse cœnesthésie des idiots. De toute façon, le phénomène est intéressant à noter : les délires vaniteux naissent fréquemment sur un terrain de débilité mentale, et l'on a observé des délires de grandeur primitifs chez d'assez nombreux individus de piètre intelligence. Peut-être l'union intime du « sentiment d'orgueil et de la débilité mentale[1] » explique-t-elle ces divers phénomènes, et s'explique-t-elle, elle-même, par la cause ignorée qui fait naître la satisfaction de l'idiot. Et pour observer ce fait, il ne faudrait pas s'enfermer dans l'asile; le monde est plein de débiles vaniteux, il leur offre même bien souvent une paradoxale réussite.

1. Duprat, *Sentiment d'orgueil et débilité mentale* (V. Lectures).

« Les imbéciles, disait Foville[1], sont, pour la plupart, sujets à des déviations intellectuelles, parmi lesquelles se dessinent facilement des conceptions délirantes orgueilleuses. Ce n'est là, du reste, que l'exagération d'un travers trop commun dans le monde, où les esprits les plus bornés sont ceux qui affichent les prétentions les plus déraisonnables. »

Quant aux états de satisfaction qui peuvent se rencontrer au cours de la démence précoce, tout en les notant ici, il sera préférable de réserver leur étude. D'abord il faudrait distinguer ce qui, dans les troubles décrits sous le nom de démence précoce, est réellement démentiel, discussion très actuelle qui pourrait nous conduire bien loin de notre sujet[2]. Ensuite, ces phénomènes sont très difficiles à étudier, qu'ils se manifestent dans la torpeur catatonique ou le rire hébéphrénique. Rien n'est plus déconcertant que de tenter d'évaluer l'état intellectuel et affectif d'un dément précoce. Tout au plus peut-on, comme notre collègue et ami F. Rebatel, dans son travail sur le *Rire dans la démence précoce*[3], en étudier les manifestations extérieures.

Ces cas limites, ces documents annexes examinés une fois pour toutes, nous nous occupe-

1. Foville, *Étude clinique sur la folie avec prédominance de délire des grandeurs*. Paris, 1869, p. 331.
2. Toulouse et Mignard, *Revue de Psychiatrie*, 1908.
3. F. Rebatel, Th. Lyon.

rons ici de trois catégories de malades bien distincts, qui ne présentent en commun que les deux caractères suivants : d'abord une euphorie de forme spéciale, calme, sans phénomène d'excitation marquée, ensuite un très faible niveau intellectuel, que cette infirmité de l'esprit soit d'ailleurs acquise ou congénitale.

Les trois chapitres qui suivent seront donc consacrés le premier aux états de satisfaction dans l'idiotie complète ou incomplète; le second aux états de satisfaction des paralytiques généraux à la période démentielle, ne présentant plus depuis longtemps aucun symptôme d'excitation ; le troisième aux états de satisfaction dans la démence sénile. Ces trois chapitres sont absolument indépendants; il ne s'agit nullement de décrire un syndrome analogue à la mélancolie, que toutes les études modernes tendent au contraire à morceler.

Voici seulement l'étude d'un symptôme clinique et d'un fait psychologique : le sentiment agréable morbide, examiné dans des formes pathologiques très simples et très typiques; quant aux causes qui peuvent produire ce sentiment, nous n'en saurions préjuger, et rien ne s'oppose à ce qu'elles soient des plus diverses. Les chapitres suivants nous permettront de discuter ces points de vue.

CHAPITRE II

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS L'IMBÉCILLITÉ ET L'IDIOTIE.

Le temps n'est guère lointain où les idiots et les imbéciles étaient confondus avec les autres aliénés. Confus, déments, débiles, délirants même, ces espèces morbides, qui sont aujourd'hui si tranchées que l'opinion publique elle-même en connaît les distinctions essentielles, ne se sont établies qu'avec lenteur. Aussi, bien que les états de satisfaction des idiots aient été certainement observés, n'est-ce souvent que par déduction que nous pouvons admettre qu'ils aient été réellement décrits chez ces individus, l'étiquette qui leur est accolée étant parfois très différente. Nous n'en voulons pour exemple que ces quelques lignes tirées de la Nosologie méthodique de Sauvages: «... Les personnes en démence ont de l'indifférence pour toutes choses, elles rient et chantent dans des circonstances qui affligent les

personnes saines; elles sont insensibles à la faim, à la soif, au froid. Elles ne sont ni colériques, ni emportées comme les maniaques, ni tristes et pensives comme les mélancoliques. » Notons pour justifier ce passage que si la démence de Sauvages comprend « l'amentia senilis, serosa,... a tumore », elle comprend aussi « l'amentia microcephala » ce qui nous indique que cet auteur a pu désigner l'euphorie de l'idiot congénital.

Pinel dit que « la plupart des idiots ne parlent point... leur figure est inanimée, leurs sens hébétés ». Il ne paraît pas non plus que Ferrus, Calmeil, qui remarquent aussi la diminution de la sensibilité, aient particulièrement noté leur Euphorie. Esquirol[1], au contraire, à qui nous devons l'intéressante distinction entre l'idiotie et la démence, entre l'affaiblissement intellectuel acquis et la faiblesse d'esprit congénitale, a fait quelques judicieuses remarques sur ce sujet. Il note, comme ses prédécesseurs, mais avec plus de netteté, l'anesthésie — du tact, du goût et de l'odorat — et l'analgésie des idiots, faits si intimement unis à la question qui nous occupe, comme pourra le montrer une discussion ultérieure; il indique, en particulier, le cas d'une idiote qui déchirait sa bouche avec les doigts sans paraître éprouver de souffrances.

1. Maladies mentales, 1838.

D'ailleurs, il donne quelques jolies descriptions d'idiots ou d'imbéciles qui présentent un état chronique de satisfaction... « Toujours content, il rit sans motif : quelquefois il rit seul, il passe une partie de la journée assis ou couché ; ce n'est que par effort qu'il se met en mouvement ; une fois en train il ne sait plus s'arrêter ». Aba, idiot euphorique, se casse un bras : Pendant « les efforts de réduction, il ne témoigne aucune douleur, et même il semblait sourire ». Voici maintenant un imbécile, sa joie est plus active et s'augmente d'une certaine excitation intellectuelle :... « Sa physionomie était très mobile, même spirituelle ; sa face portait l'expression du sourire cynique et ressemblait beaucoup à celle de l'homme le plus célèbre du siècle dernier... » «... Il passait sa vie à faire et à dire des espièglerie ». Rappelons que Gall avait « donné l'observation d'un idiot qui, ayant tué les deux enfants de son frère, vint le raconter en riant ».

En général, les auteurs modernes ont peu insisté sur ces caractères du sentiment chez l'idiot, comme d'ailleurs sur la plupart des caractères psychologiques. Frappés par les stigmates de dégénérescence physique et par les conditions physiologiques de l'idiotie, ils ont délaissé l'étude des phénomènes moraux. Griesinger nous dit que, sous le rapport du sens intime, «... on peut, chez les idiots profonds,

distingner des degrés extrêmes : d'un côté ceux qui sont toujours sombres, lugubres, vraiment terribles, sans cesse enclins à une férocité sauvage, et de l'autre côté ceux qui, avec une nullité intellectuelle absolue, sont toujours gais et joyeux, dont la figure est toujours souriante et les yeux empreints de bonne humeur[1] ». Il ne paraît pas remarquer qu'une de ces classes l'emporte par le nombre, et cependant les idiots à réactions « féroces » sont assez rares, dans les asiles du moins, tandis que prédominent certainement les satisfaits. Dagonet donne une interprétation de ce fait[2] : « En général, le caractère des idiots dépend beaucoup de leur entourage et de la manière dont ils sont traités : ainsi dans les établissements consacrés à l'idiotie, la plupart des enfants se montrent doux, éveillés, obéissants. Ils sont de bonne humeur et sociables. Si, au contraire, on les traite mal, ils s'aigrissent et deviennent méchants et hargneux. »

Pour M. Sollier[3] l'imbécile « insouciant... est tout au plaisir qu'il éprouve. Il s'amuse à n'importe quoi... Son imagination déréglée va à l'aventure et les choses les plus invraisemblables ne l'étonnent pas. Il rit des moindres choses, la plupart du temps sans les comprendre, parce

1. Griesinger, *Maladies mentales.*
2. Dagonet, *Maladies mentales.*
3. Sollier, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile* (F. Alcan)

qu'il voit rire les autres... L'imbécile croit tout comprendre et rit sans motif, oubliant même les circonstances tristes dans lesquelles il peut se trouver ». MM. Vaschide et Lahy nous ont donné les « coefficients physiologiques du plaisir et de la joie chez une idiote[1] ». Nous reviendrons ailleurs sur ce travail. Notons seulement ici que cette idiote paraît avoir présenté une tendance essentiellement euphorique, puisque la simple succession de l'ombre et de la lumière suffisait pour lui faire pousser de petits cris de joie.

L'on pourrait classer, du point de vue du sentiment, idiots et imbéciles en trois groupes inégaux. Certains témoignent d'une indifférence absolue. Ils sont assez nombreux, surtout parmi les idiots complets. D'autres expriment le plus souvent la tristesse, la haine et la colère. C'est le groupe le moins considérable. D'autres enfin, les plus communs, semblent toujours heureux, et parmi ces derniers, un très grand nombre présentent cet état spécial de tranquille satisfaction.

Observation I[2].

I..., âgé de 33 ans, est un demi-idiot congénital. Il est actuellement dans le service du

1. *Archives générales de médecine*, 1904.
2. Observation personnelle, prise dans le service de M. le docteur Pactet (1907-8).

docteur Pactet à l'asile de Villejuif (depuis le mois d'août 1896). Il y a une dizaine d'années, on aurait constaté une aggravation de son état, avec quelques crises d'excitation. Depuis ce temps la situation a peu varié.

I..., se présente à l'examen d'une manière presque toujours identique. Il est tranquille, immobile. La tête est légèrement pendante sur la poitrine, les épaules tombantes, le dos arrondi, les bras ballants. La physionomie exprime une niaise béatitude. Le regard est terne, l'œil baissé, le pli naso-génien relevé cependant que s'abaissent légèrement les commissures des lèvres, qui forment une grande ligne sensiblement horizontale. Les oreilles sont larges, mal ourlées; un léger prognathisme, la rareté de la moustache complètent cette physionomie; la face est très jeune, semblable à celle d'un enfant ou d'un adolescent. Un impétigo rebelle siège sur le crâne et les oreilles. I... ne parle pas spontanément et répond dans un vague murmure, sans un geste, tandis que s'accentue encore son aspect de béate satisfaction.

La parole est extrêmement lente et monotone. L'intonation s'élève à la fin des phrases. On croirait entendre un enfant qui ânonne une leçon apprise.

Examen psychologique : I... ne présente pas d'idées délirantes.

L'*attention spontanée* s'éveille avec lenteur.

Un bruit se produit-il, I... tourne les yeux du côté où il l'a entendu ; il s'immobilise bientôt dans une nouvelle attitude stupide. Le léger froncement de sourcils qui accompagne ce phénomène est bientôt remplacé par le sourire habituel du sujet, ou par une mimique inexpressive.

Des recherches sur l'*attention volontaire* nous ont plutôt fait constater un état de *monoïdéisme* obtenu par le travail (automatiquement exécuté). C'est la seule circonstance dans laquelle on puisse révéler un phénomène de ce genre. Dans cet état la physionomie exprime la peine et la fatigue. Donnons au sujet l'ordre d'écrire son nom et la série des chiffres jusqu'au nombre 50 ; il s'acquitte de cette tâche, la tête penchée sur le papier, les sourcils froncés. Pendant qu'il écrit, des bruits assez forts, la chute d'un objet lourd et métallique, par exemple, ne parviennent pas à le distraire ni même à modifier son attitude.

I... ne retrouve que quelques rares *souvenirs* de son enfance (Il était à l'école. Il jouait. Il jouait aux billes. Il ne sait pas comment s'appelaient ses amis). L'évocation de ces maigres éléments est lente et pénible. On n'arrive à la provoquer qu'en aidant beaucoup le malade.

Il a un souvenir assez correct des dates principales de son existence. Il connaît son âge, l'époque de son entrée à l'asile, etc.

I... *lit* correctement, mais lentement. Il écrit lentement. L'écriture, gauche, grosse, maladroite, est celle d'un enfant.

Il peut faire quelques *calculs*, purement automatiques. Capable d'exécuter quelques petites opérations très simples, il ne peut faire un raisonnement peu compliqué ; le mécanisme du calcul peut l'amener au résultat exact ; en cas contraire il n'est jamais choqué, si grande soit l'erreur, de l'absurdité du résultat. Faisons-lui diviser le résultat d'une mutiplication, qu'il vient d'effectuer et qu'il a sous les yeux, par le nombre multiplicateur ; il exécutera mécaniment la *division* sans s'apercevoir de cette particularité, et sera très étonné, si nous le lui faisons remarquer, de retrouver le multiplicande.

Son ignorance des faits *historiques*, qu'il est d'ailleurs, le plus souvent, absolument incapable de comprendre, est presque totale. Il garde quelques souvenirs, purement verbaux des notions *géographiques*.

L'évocation des images nous donne de bien pauvres résultats : « Qu'avez-vous mangé, à déjeuner? » Il répond très lentement : « Du pain, des lentilles... » sourit, s'arrête, figé dans sa béate stupeur : « Etait-ce bon...? — Bon... »

Prié de raconter par écrit ce qu'il a vu dans diverses promenades, il se contente de faire une sèche énumération des endroits où « il est allé »

en répétant ce verbe à chaque phrase. Il est incapable de donner des détails et de décrire. Ces très maigres résultats sont obtenus avec une extrême lenteur. D'ailleurs, l'effort est certainement très faible. A la moindre difficulté, I... s'arrête et dit en souriant : « Je ne sais pas... »

Demandons-lui de décrire une chaise. Il écrit très lentement : « Une chaise, c'est fait avec de la paille, ça a quatre pieds », puis il répète : « ça a quatre pieds, quatre pieds... » il cherche à regarder une chaise; on l'en empêche : « ... quatre barreaux... » ajoute-t-il péniblement, pour s'arrêter tout à fait. Cette expérience a duré environ *six minutes*.

L'association des idées et des images est lente. Les éléments sont rares. Que l'on prononce un mot devant lui : il n'a aucune tendance à en prononcer d'autres, mais il répétera, avec lenteur, le vocable énoncé.

Essayons de lui faire construire une phrase avec quelques mots donnés : il faut tenter de nombreuses expériences avant qu'il arrive à comprendre ce que l'on veut de lui. D'abord il recopie simplement les trois mots. Enfin nous finissons par obtenir un petit résultat avec les deux mots suivants : Cheval, tombé. «... Cheval, tombé, dit-il... Quoi alors ?... Qu'est-ce qu'il faut mettre... Le cheval est tombé ? »

De véritables *jugements* sont rarement énoncés. Ils ne le sont presque jamais spontanément

et complètement, I..., ayant une tendance très marquée à remplacer une phrase par un mot : « content... Eh bien... ma tête, etc. » Si par hasard un jugement est formulé, il est très simple, très rudimentaire. Il reflète souvent l'euphorie du sujet. Ces jugements sont généralement justes ; il n'est jamais arrivé, au cours de l'interrogatoire, que l'on puisse relever une erreur délirante, rarement une simple erreur, le sujet préférant avouer son ignorance.

Le *raisonnement* ne se produit qu'exceptionnellement, et, pour ainsi dire, jamais spontanément. I... est capable, sur incitations, de faire des opérations purement automatiques sous forme de calculs. Mais il répond avec une extrême difficulté aux questions qui exigent un raisonnement : « Pourquoi voudriez-vous être dehors ? » Quelques secondes d'hésitation. Bredouillement confus. La question est répétée ; au bout de quelques secondes : « Pour travailler », répond-il. « Pourquoi ne pouvez-vous pas travailler ici ? » Il hésite longtemps : « Travailler, dit-il enfin..., au réfectoire... à la cuisine... » La question est répétée : « ... être à la charge de mes parents... » La question est répétée encore : « ...parce que j'ai mal à la tête... » Il répond évidemment cela au hasard, sans comprendre, pour se débarrasser de la gênante interrogation.

L'état émotif et *sentimental* est presque tou-

jours identique; en dehors de la béatitude constante, très peu de sentiments sont exprimés. Très rarement se manifestent quelques mouvements de tristesse ou de colère, lorsqu'on veut tirer I... de sa torpeur béate — pour l'amener au réfectoire, par exemple, ou lorsque ses camarades le taquinent. — Il paraît satisfait de lui-même. Ses tendances sont assez normales. Il n'est pas glouton, comme bien d'autres idiots. Il se masturbe très fréquemment.

I... est poli et doux. Généralement immobile et muet, il ne fuit pas la société des autres malades. Il manifeste sa joie lorsqu'on lui adresse la parole. Très honnête, très bien disposé envers autrui, sa *bienveillance* est universelle. Il rend volontiers les quelques services que son état lui permet de rendre. Il chante parfois pour distraire ses camarades. Il manifeste un certain attachement à l'égard de ses parents, de sa mère en particulier. Lorsqu'on lui parle d'elle son sourire s'accentue toujours un peu. Néanmoins une réaction analogue se produit souvent à l'égard d'un inconnu, et c'est surtout lorsqu'on lui parle de lui-même, qu'I... montre le plus de satisfaction.

Ces sentiments ont peu d'influence sur l'idéation. Cependant le plaisir qu'il éprouve à se trouver en société peut lui faire produire un léger effort intellectuel dont il n'est pas coutumier.

La présence d'un interlocuteur augmente en effet son plaisir. A l'arrivée d'un étranger qui lui adresse la parole, son sourire se fait plus aimable, son attitude plus éveillée.

I... est extrêmement approbatif. Il suffit de lui dire : « N'est-ce pas? » au milieu d'un silence, ou après une phrase qu'il ne peut pas comprendre pour que sa physionomie s'éclaire, et qu'aussitôt il réponde : « Oui ! ».

Il paraît accessible à certains sentiments de timidité et de pudeur. Lorsqu'on lui demande de chanter, il sourit, content et ému, se trouble, rougit, parle tout bas.

Le *sens musical* est relativement développé. I... chante quelques chansons et même des fragments d'opéras et d'opéras-comiques. Il paraît éprouver du plaisir à chanter ; il chante à mi-voix, se souciant peu des paroles qu'il prononce, mais avec une assez remarquable justesse. Interrogé sur ses goûts, il finit par déclarer, après de longues hésitations, qu'il préfère les chansons gaies. On lui promet de lui faire entendre le phonographe. Son sourire se développe à l'extrême ; il se montre capable de quelque spontanéité. Pour la première fois il nous interroge lui-même, demandant le lieu, l'heure et le programme. C'est la plus grande preuve d'activité qu'il ait donnée depuis le début de nos entrevues ! — Le lendemain matin, il était occupé à écrire lorsqu'on vint

le chercher pour la petite séance. Il se lève, la physionomie subitement éclairée d'un sourire ; il marche assez rapidement vers le laboratoire. Il s'assied et retombe dans sa torpeur pendant que l'on prépare l'appareil. Au début de chaque fragment musical il s'agite légèrement, sourit, tend l'oreille, ouvre la bouche. Les paupières tombent, la tête s'incline sur la poitrine. Il reste figé dans cette attitude d'attention ravie et stupide. Pendant l'audition d'une chanson comique, il s'agite un peu, rit, tourne la tête à droite et à gauche, lui imprime quelques hochements admiratifs. Les fragments exécutés étaient quelques chansonnettes : I... reconnaît tout de suite une chanson qui a eu une grande vogue populaire : l' « Étoile d'amour ». L' « Anatomie du conscrit » chanson comique et peu esthétique, eut un certain succès, mais I... n'hésite pas à préférer l' « Habanera » de *Carmen* à ces œuvres d'un goût inférieur. Cette observation s'accorde bien avec les aptitudes et les goûts musicaux assez affinés que certains auteurs ont signalés chez les idiots.

Le pouls a été pris pendant les auditions. Il devenait plus plein, plus rapide, plus régulier. Pendant l'audition de l' « Etoile d'amour », on note 86 pulsations ; entre deux auditions, 82 ; pendant l'audition de l'Habanera de *Carmen*, 88 ; de la chansonnette comique, 90. Après l'audition, I... s'agite un peu, ce qui nous donne

90 pulsations. Un quart d'heure après, il était retombé à 84. A l'annonce que nous entendrons de nouveau le phonographe, son rire s'accentue au point que ses yeux disparaissent sous les paupières plissées, et, pendant trois ou quatre secondes, on peut noter l'accélération du pouls.

Le domaine des *sentiments intellectuels* étant particulièrement réduit, on ne saurait s'étonner de leur pauvreté ni de leur faiblesse. I... est assez disposé à *croire* ce qu'on lui dit et ce qu'il voit; il est difficile de lui faire émettre un doute sur un sujet quelconque. De même que sa réaction à l'égard de toute nouvelle personne est la bienveillance, sa réaction à l'égard de toute nouvelle affirmation est la croyance. Il accepte en général ce qu'on lui propose sans contrôler; et il n'a pas l'idée de contredire.

I... ne possède aucune croyance métaphysique, aucune idée cosmologique. De tout cela, il se soucie fort peu. Quand on l'interroge sur un point qui dépasse ses immédiates certitudes, il se contente de dire : « Je ne sais pas », en souriant un peu.

A proprement parler, sa *volonté* n'existe pas. Il est incapable d'une délibération lucide, d'une décision réelle. Il n'a aucun projet d'avenir. Son insouciance totale de ce qui n'est pas le moment présent l'empêche de pouvoir prendre aucune détermination raisonnée. La délibération est même, peut-on dire, totalement absente.

Ou bien I... répond immédiatement, automatiquement, et obéit de la même manière ; ou il ne répond pas et reste confiné dans sa stupeur béate. Insistons beaucoup sur ses projets d'avenir : voilà qu'il va finir par assurer qu'il désire sortir ; mais cette idée lui a sans doute été suggérée par les réponses des autres malades. De même nous finirons par lui faire admettre qu'il veut se marier ; mais quelles sont ses raisons ? C'est « pour ne pas être vieux garçon », « pour faire comme tout le monde, pour ne pas être vieux garçon ». Demandons-lui s'il veut exercer le métier de chanteur ; voici que son sourire s'épanouit. Mais tout cela lui est indifférent ; insistons un peu, et nous le ferons, sans difficulté, passer à une autre idée.

I... est capable d'impulsion ; il possède quelques instincts, quelques tendances, pas de volonté. Son désir de plaire dicte la plupart de ses actions lorsqu'elles ne sont pas le résultat immédiat, automatique et non contrôlé de quelque désir ou de quelque besoin. *Suggestible*, il le semble moins qu'il ne l'est réellement à cause de sa faible compréhension. Il a une tendance très marquée à se servir de *formules de politesse*. Ses lettres ne sont qu'un tissu de phrases convenues et banales.

Étude de la sensibilité. — Nous voulons remercier ici notre ami, M. Henri Piéron, de l'amabilité et de l'obligeance avec laquelle il nous a

prêté son concours, et contrôlé nos résultats dans les expériences qui suivent. Ces mesures ont été effectuées au laboratoire de Psychologie expérimentale de l'école des Hautes Études que notre maître M. le Dr Toulouse nous a toujours si largement et si obligeamment ouvert[1].

C'est ainsi que nous avons pu prendre quelques données numériques sur les conditions physiologiques de la sensation chez notre sujet.

Les pointes du compas esthésiométrique appliquées sur le dos de la main doivent être écartées de 3 centimètres pour que deux contacts soient perçus. Sur la pulpe du doigt, en sens longitudinal, il faut arriver à un écartement de 2 centimètres (main droite, index). Cette discrimination de deux contacts est donc bien moins délicate que chez un individu normal; en revanche I... ne prétend jamais sentir deux pointes lorsque l'excitation est unique. Il paraît donc peu suggestible à ce point de vue.

En employant l'esthésimètre de M. Toulouse, destiné à évaluer en poids l'excitation nécessaire pour qu'une sensation de contact soit perçue, nous trouvons qu'il est nécessaire, pour obtenir ce résultat et en expérimentant sur le dos de la main droite, entre le 4e et le 5e métacarpien,

1. Nous n'aurons garde d'oublier l'aide intelligente et dévouée que nous a prêtée mademoiselle Bucas pour ces opérations techniques.

que la pointe excitatrice soit appuyée du poids 5 = 0 gr. 50.

La sensibilité à la douleur est à peine moindre que la normale pour la douleur à la pression. Cette mesure a été effectuée, à l'aide du sphygmomanomètre de Bloch, en appuyant sur la peau du front la surface striée qui termine la tige sur laquelle presse le ressort. Le diamètre de cette surface est de 0 m. 003. La douleur a été accusée, à la tempe, pour une tension du ressort équivalant à 600 gr. Chez le sujet normal nous obtenons généralement 400, et n'oublions pas que, comme tous les idiots, I... est douillet.

Le sens stéréognosique au toucher n'a pu être exploré à cause du trop faible niveau intellectuel du sujet.

Le Myo-esthésimètre de MM. Toulouse et Vaschide, a permis d'obtenir quelques renseignements plus curieux : le poids initial étant de 100 gr., I... ne perçoit une différence que si l'on ajoute 50 gr. (soit 1/2) ; la différence perçue normalement pour le même poids initial étant de un à deux dixièmes. L'appareil était tenu avec l'index de la main droite.

I... est myope. D'autre part l'intensité visuelle a subi une légère diminution. Il fait des erreurs en lisant à 5 mètres des lettres qu'il devrait facilement voir à 12 mètres. Le champ visuel est impossible à explorer par suite du défaut de fixité du regard qui est en rapport avec la

faiblesse de l'attention et de l'intelligence.

La sensibilité gustative est très notablement diminuée. Une solution salée est mal sentie à 1 p. 1000 (normalement, elle devrait être perçue à 1 p. 10 000); I... reconnaît quelques saveurs odeurs telles que la menthe, le camphre, l'anis, etc... L'essence d'ail n'est pas sentie.

Il perçoit mal la saveur acide qu'il nomme salée; l'acide citrique a goût à sel, plutôt qu'à vinaigre, d'après I... Il ne distingue pas le goût amer d'une solution de quinine à 1 p. 1000, (sulfo-chlorhydrate) et trouve son goût *agréable*. Ce fait a été signalé dans la paralysie générale.

Il sent le goût sucré et le reconnaît bien. Toutes les autres saveurs simples sont dites salées.

Étude de la motricité. — Les *réflexes* tendineux sont à peu près normaux. Le réflexe achilléen est plutôt faible, cependant que le réflexe rotulien est légèrement exagéré et assez vif. Les réflexes radiaux sont normaux.

L'excitation de la surface plantaire cutanée met en évidence le signe de Babinski. Le gros orteil se pose franchement en extension, tandis que les autres doigts ont une tendance à prendre la disposition en éventail.

Les pupilles, égales, réagissent bien.

L'étude des réflexes met en lumière des phénomènes de *syncinésie*. I... ne peut fermer un œil sans fermer l'autre; pour ouvrir les yeux, il

ouvre en même temps la bouche avec effort. Il ne peut serrer un objet avec la main droite sans fermer simultanément la main gauche. De même il ne saurait marcher sans lourdeur. Il lui est difficile de ne pas raidir ses jambes.

I... paraît musculairement très faible. Mais peut-être ne mesurerions-nous ici que la faiblesse de sa volonté. En effet, tendons-lui la main et prions-le de la serrer violemment : I... exerce une pression molle et sans énergie. Exhortons-le à augmenter son effort : il serre encore un peu ; puis il rit et relâche le faible serrement : « Je ne peux pas plus fort », déclare-t-il immédiatement, et tout dans sa mimique trahit la crainte de l'effort.

Étude de l'état organique. — L'état somatique de I... est bon. On remarque des signes manifestes de dégénérescence physique : oreilles larges, légèrement applaties, mal ourlées. Le tragus et l'anti-tragus sont à peine indiqués; le palais est ogival ; les dents, dont beaucoup ont subi les attaques de la carie, sont mal plantées, surtout à la mâchoire inférieure où elles chevauchent les unes sur les autres et sont insérées suivant une ligne oblique. On peut remarquer un léger prognathisme inférieur.

Les fonctions végétatives s'accomplissent normalement. I... est gros mangeur, quoique parfois, par une bizarrerie qu'il ne veut expliquer, il refuse la nourriture pendant un ou deux

repas. Il va régulièrement à la selle. Les urines sont abondantes et normales.

La circulation est assez bonne, bien que les extrémités soient souvent froides, violacées ou rouges et qu'une pression de la main suffise pour faire apparaître des plaques blanches qui disparaissent assez lentement (9 secondes). Le pouls est rapide, petit, dépressible. Il bat généralement 85 pulsations à la minute. La tension artérielle humérale (appareil Laulanié), est de 12 centimètres de mercure. La radiale donne 475 à 500 grammes au sphygmomanomètre de Bloch. La tension artériolaire, mesurée à l'appareil Gärtner est de 9 c. 9.

La respiration, assez profonde et régulière, permet de compter quinze inspirations-expirations à la minute.

A l'auscultation pulmonaire, on ne note rien de spécial. Les bruits du cœur sont bien frappés, quoique peu marqués.

Étude spéciale de l'Euphorie du sujet. — I... présente un état à peu près constant de joie ou plutôt de béatitude. Isolé dans un coin, le dos arrondi, les mains pendantes, il sourit constamment dans une expression d'heureuse niaiserie. Dans cet état, la figure entière est épanouie, les plis naso-géniens légèrement relevés ; la bouche, très grande, largement fendue, reste à peu près horizontale; en arrière des yeux sont presque toujours esquissés des plis

radiés, en éventail à sommet antérieur. Les buccinateurs sont saillants. Certains de ces traits sont plus fortement marqués (même en dehors du sourire) que chez d'autres sujets : en particulier le pli qui s'étend de l'angle du nez à la commissure de la bouche. Le front est déplissé et calme. L'œil fixe et les paupières supérieures baissées contribuent à donner à cette physionomie un aspect de joie intérieure, de bonheur recueilli, de béatitude torpide, tandis que l'inexpression du regard, la position des lèvres augmente l'apparence de niaiserie.

Dans son état habituel, I... n'exprime pas son euphorie par des gestes. C'est un des plus calmes habitants de ce quartier, qui ne contient guère que des gâteux. Quelques pas dans la cour, les mains dans les poches, le dos voûté, d'une démarche lente, allongée, maladroite, un bredouillement confus, à mi-voix, voilà les seules manifestations de l'activité coutumière de ce sujet euphorique, chez lequel il serait paradoxal de parler d'excitation intellectuelle ou somatique. L'exercice de sa motricité est réduit au minimum.

Le ton du discours reflète ce double caractère de bien-être et de torpeur. I... parle plus lentement que bien des mélancoliques, et cependant son intonation exprime un plaisir intime. Le ton se relève à la fin des phrases, au lieu de baisser comme chez les mélancoliques, et comme

en même temps aucune nuance n'est marquée, comme cette modulation uniforme et lente se reproduit toujours en une sorte de chantante mélopée, il semble interroger sans cesse, ou ânonner comme l'enfant.

Les idées et les jugements, que nous avons vus si rares, si pauvres, laissent pourtant apparaître cette béate satisfaction. Interrogeons I..., il va bien, il va très bien. Il est content, très content. La soupe est bonne, les infirmiers sont gentils, les malades aimables. Ici, il est content ; quand il sortira, il sera content encore : content d'aller voir sa mère, puis de sortir, d'être dehors. Tout ce qui lui arrive, il le veut et s'en contente. Etre dans la cour lorsqu'il fait beau, dans les salles quand il fait froid, voilà des événements heureux qu'il sait apprécier. Bien entendu, toutes ces « opinions » lui ont été arrachées par des demandes. Spontanément il ne tend pas à les exprimer par des paroles. Cependant elles ne lui ont pas été suggérées : posons en effet à notre sujet une question qui par son ton, par sa forme, amènerait une réponse pessimiste : I... répond toujours avec son indéfectible optimisme : il irait même pour cela jusqu'à contrarier son contradicteur !

Autant que son infirmité d'expression mimique et verbale le laisse entrevoir, on s'aperçoit que les sentiments dominants de I... sont, au point de vue physique, le bien-être, au point de vue

moral, l'optimisme, et dans sa réaction sur le monde extérieur, la croyance et la bienveillance. Le sentiment de bien-être de I... lui fait voir la réalité sous des couleurs agréables, mais comme il est loin de l'entraîner à des idées véritablement délirantes ! I... se trouve bien, sait qu'il digère bien, qu'il dort bien. En revanche, il n'est nullement affecté de l'impétigo rebelle qui siège sur son cuir chevelu. Mais interrogeons-le sur sa force physique : il croit qu'il est assez fort, et cette idée augmente son sourire de satisfaction. Pourtant il ne se croit pas très vigoureux. Spontanément, I... n'applique son optimisme qu'à des événements très prochains, car il est incapable de s'intéresser à des phénomènes lointains : cet optimisme consiste surtout dans une satisfaction complète de son état actuel : il n'a aucune idée de le transformer, aucun désir de le voir changer. Il n'attend de l'avenir rien de particulièrement agréable. Il est heureux ; tout va bien, tout ira bien. D'ailleurs il ne faudrait voir là aucune systématisation ; seulement tous les événements paraissent sous les plus agréables couleurs.

Les idées qui devraient être pénibles sont repoussées ou semblent indifférentes. Pour toucher I... il faut un ennui immédiat, une souffrance physique ou l'inhibition d'une de ses plus fortes tendances. Encore est-il très patient et peu sensible.

Au point de vue social, la docilité, l'amabilité la serviabilité, l'indifférence avec laquelle il accepte les petites corvées journalières, la joie qu'il paraît éprouver à toute manifestation de sympathie et même à tout acte de présence d'un autre individu, sa crédulité et sa confiance viennent compléter les caractères psychologiques de son euphorie.

Cette euphorie est à peu près constante. De loin en loin quelques incidents l'interrompent. Si parfois I... paraît un peu triste et que ses traits se contractent dans une expression de peine, c'est qu'on l'a dérangé dans sa quiétude ou empêché de se livrer à un de ses penchants. Un matin que nous avions trouvé notre sujet presque mélancolique, des regards inquiets jetés vers la porte indiquèrent vite la raison de cet extraordinaire changement: l'heure du déjeuner venait de sonner, et I... craignait que notre conversation ne remplaçât son repas! Cette modification au programme journalier ne paraissait pas faite pour lui plaire, et son euphorie lui fut rendue avec sa liberté.

Nous avons déjà décrit les phénomènes de joie active qui viennent s'ajouter à ce bien-être. L'excitant le plus habituel de sa joie, c'est une conversation amicale ou la présence d'un interlocuteur. Alors se produit une légère excitation, mais ses concomitants mimiques et physiologiques ne nous ont pas paru plus forts

que ceux de la colère chez le même sujet.

En somme I... exprime continuellement un sentiment de bonheur calme et doux, avec de rares accès de joie ou de tristesse. Cet état est voisin de la torpeur. Son niveau mental est celui d'un demi-idiot. Son état physique est bon. Ses tendances, peu nombreuses, peu violentes, sauf de rares exceptions, reçoivent une satisfaction facile, dans un milieu qui lui est particulièrement bien approprié.

Observation II[1].

Cé... est une demi-idiote, entrée à l'asile de Villejuif dans le service du docteur Toulouse, le 18 novembre 1903, à l'âge de 17 ans. Les certificats qui la concernent relèvent l'idiotie ou la débilité mentale. Quelques tics et mouvements involontaires avaient fait penser à l'épilepsie, diagnostic que l'observation systématique a infirmé.

D'après les renseignements donnés par la famille, elle aurait subi un arrêt de développement intellectuel à l'âge de 3 ans, à la suite de convulsions. Elle est allée à l'école à 6 ans, en est sortie à 12, sans avoir jamais pu apprendre autre chose que les éléments de la lecture et de

1. Observation personnelle, prise dans le service de M. le Dr Toulouse (1908).

l'écriture. Elle se montrait parfois dangereuse pour son entourage. A l'âge, de 16 ans, elle est placée à l'asile de Maison-Blanche.

Son père, sa mère, un frère et quatre sœurs ne présenteraient aucun trouble mental sérieux. Une sœur est morte à cinq mois de méningite. Une parente éloignée, demi-sœur de la grand'-mère, est morte folle. Une cousine a un pied bot.

Depuis l'entrée à l'asile, l'état de la malade paraît stationnaire, d'après les renseignements recueillis. Une note d'un de nos collègues consignait déjà en juin 1906 son « rire béat et son air satisfait ». De temps en temps, elle a présenté quelques crises d'excitation.

La malade reste le plus souvent assise dans un coin de la salle commune. Calme, timide, légèrement souriante, elle tient les mains jointes sur les genoux, le dos un peu voûté, la tête penchée; la figure est régulière, les joues colorées, les yeux bleus. Un large sourire soulève la lèvre supérieure, découvrant les dents et les gencives. Les commissures des lèvres sont très écartées, le pli nasolabial franchement relevé, les joues saillantes dans la région malaire.

En arrière des commissures buccales se creusent une fossette et quelques plis verticaux; derrière les commissures palpébrales externes, des plis radiés. Les sourcils sont relevés dans leur

partie externe ; le front est presque lisse, avec quelques rides horizontales. Les cheveux sont mal peignés. L'expression du regard est douce et gaie, terne et rieuse ; la physionomie tout entière exprime la niaiserie et le bien-être.

Cé... ne parle pas, ou parle peu spontanément. Elle est d'ailleurs très intimidée par l'examen. Son attitude ressemble beaucoup à celle d'une petite fille. C'est presque à voix basse qu'elle répond aux questions posées ; si l'on insiste, elle dit quelques monosyllabes ou quelques phrases extrêmement courtes, sur le ton d'une enfant que l'on interroge. D'ailleurs, pour peu que la question l'embarrasse, elle ne répond pas, rougit un peu ; son sourire s'accentue, les dents et les gencives sont largement découvertes, elle tourne sa tête à droite et à gauche, prend sur sa chaise quelques attitudes maniérées, et retombe aussitôt dans sa coutumière apathie.

Lorsqu'on l'observe à la dérobée, l'expression se modifie un peu. La physionomie devient presque curieuse ; le regard, fixé sur l'observateur, la bouche entr'ouverte expriment un naïf étonnement, cependant que les traits de la face conservent un vestige du sourire habituel. C'est une curiosité niaise et amusée, en même temps qu'une torpide euphorie, dont aucun signe de fatigue ne vient interrompre la manifestation.

On la congédie : elle se lève gauchement, en

marmottant quelque formule. A la main tendue elle confie maladroitement la sienne, sourit d'avantage, porte à son cœur sa main gauche, et s'en va, paisible, reprendre sa place dans la salle.

Examen psychologique : Cé... ne présente pas d'idées délirantes.

L'attention spontanée, rarement éveillée, se prolonge longtemps sur le même objet que Cé... considère avec une curiosité souriante jusqu'au moment où une forte excitation l'arrache à sa méditation niaise. L'attention volontaire pourrait paraître durer assez longtemps, à condition d'être associée à un travail automatique, tel que celui d'écrire des séries de chiffres. Au bout d'une ou deux minutes, Cé... donne des signes de fatigue : elle écrit plus mal ses chiffres et d'une manière plus incohérente. Même à ce moment d'assez fortes excitations sensorielles ne peuvent la détourner de sa tâche. Il s'agit plutôt de monoïdéisme automatique que d'attention volontaire et active : l'encre s'épuise et Cé... ne songe même pas à tremper sa plume dans l'encrier ; tout d'un coup elle s'arrête, et, d'un œil apathique, considère les lignes qu'elle vient de tracer.

En réalité, l'attention volontaire est assez faible. Priée de barrer les *e* d'une courte phrase qui contient cinq de ces lettres, elle en barre trois au hasard et laisse les deux autres, après

quoi elle rend la feuille de papier avec une expression de satisfaction manifeste. Le procédé des tests géométriques[1] donne des résultats qui manifestent, par leur grossière erreur, le trouble profond de l'attention volontaire.

Les *souvenirs* sont rares. Cé... ne peut raconter qu'un très petit nombre d'événements de son enfance. Elle ne connaît ni les rues ni les places de sa ville natale, et ne sait en rappeler le nom. Elle ne peut que nommer trois de ses petites amies d'école. Il semble que la mémoire de fixation soit très touchée, puisque au bout de trois minutes, Cé... ne se souvient d'un seul chiffre d'une série de cinq qui lui a été énoncée.

L'association des idées est lente. On ne saurait guère évaluer avec précision cette lenteur, le sujet ne présentant pas assez d'intelligence pour comprendre les diverses méthodes qu'on voudrait lui faire employer à cet objet. Priée de former une phrase dans laquelle rentreraient trois mots qu'on lui donne, Cé... les recopie en les déformant, mais elle ne construit pas de phrase. Néanmoins la pauvreté de sa conversation, et le monoïdéisme qu'elle manifeste nous renseignent sur le petit nombre des éléments psychologiques ainsi que sur la faiblesse, la rareté et la lenteur des associations si simples soient-elles. Demandons-lui de nous dire à quel objet ressemble une

1. Voir Toulouse, Vaschide et Pierron : *Technique de psychologie expérimentale.*

chaise : elle réfléchit quelques secondes : « A un fauteuil... », c'est tout ce qu'elle peut trouver, et cependant les facultés critiques manquent à peu près. Les associations par contraste sont encore plus difficiles. On évoque encore un peu mieux quelques contiguïtés dans le temps et dans l'espace.

L'imagination est très inférieure, en quantité comme en qualité : « Dites-moi comment est faite une table. » Après une assez longue hésitation : « C'est carré, répond-elle... Il y a un tiroir. » *Deux minutes* s'écoulent, malgré de nombreux encouragements, sans qu'elle reprenne la parole : « Quelles sont les parties de la table? » Deux secondes encore, enfin : « Les pieds..., » répond-elle. C'est tout. Elle s'arrête et sourit.

L'imagination créatrice est à peu près nulle.

Cé... formule encore moins de *jugements* qu'elle ne forme de simples associations. Il est presque impossible de lui faire énoncer un jugement complet. On lui demande : « Comment est la soupe? » Elle ne répond pas, tourne la tête d'un air embarrassé, sourit, bave un peu, s'essuie avec sa main et reprend sa position les yeux fixant un point dans la salle. « Comment trouvez-vous la soupe? — Bonne. » Ici la réponse est sans doute automatique.

Cé... répond absolument au hasard. La valeur logique de ses jugements est à peu près nulle.

Il était à présumer que le *raisonnement* serait

absent. En effet, nous ne pouvons provoquer l'argumentation la plus élémentaire : par exemple, à la question : « Pourquoi voudriez-vous sortir? » Cé... ne répond pas. On insiste : « Voudriez-vous voir votre maman? — Oui. — Pourquoi ne pouvez-vous pas la voir ici? — Elle me retrouverait. » Il est bien évident que cette réponse est jetée au hasard, comme celle d'un enfant qui connaît mal sa leçon et qui tente de « deviner » sans tâcher de comprendre. Le raisonnement par analogie lui-même paraît très peu employé.

La *compréhension* est, naturellement, des plus rudimentaires. Cé... ne peut dégager le sens des nouvelles les plus simples que nous lui lisons, et les répète déformées, raccourcies, méconnaissables, comme si elle récitait des phrases d'une langue ignorée.

Cé... ne comprend que des phrases extrêmement courtes, faciles, et surtout habituelles. Toute interrogation nouvelle, toute révélation imprévue doivent être, pour être comprises, lentement et longuement répétées.

L'instruction correspond, dans ses grandes lignes, à celle d'un enfant de six ans. Cé... écrit gauchement de grosses lettres maladroites et des mots d'une orthographe simplifiée. La lecture est assez correcte, mais on s'aperçoit, aux intonations, aux arrêts inintelligents de la malade, qu'elle est purement verbale. Les notions his-

toriques sont tout à fait précaires. Elle répond au hasard aux questions posées : « Louis XIV est un prince qui est mort il y a deux ans environ. » Elle ne s'aperçoit jamais de l'absurdité de ses propos.

Du calcul, elle a quelques souvenirs. Comme le sujet précédent, elle fait certaines réponses automatiques, parfois bonnes, sans être jamais choquée, dans le cas contraire, par l'absurdité du résultat. Demandons-lui quelques multiplications de chiffres :

« 2 fois 2 — 4.

« 5 fois 8 — 17. — Que dites-vous? — 16 ».

Les réponses succèdent immédiatement aux demandes. Cé... est souvent embarrassée, mais elle ne réfléchit jamais.

Cé... paraît assez peu *émotive*. Tout le jour, elle reste à l'écart, souriante; les faits qui s'écoulent autour d'elle la laissent le plus souvent indifférente. Si l'on vient cependant à l'arracher à sa torpeur, elle témoigne parfois d'assez vives réactions. Tantôt — le plus souvent — son sourire s'accentue, se transforme en rire, elle rougit, ses mains se croisent devant son cou. Tantôt elle s'irrite, la physionomie devient chagrine et renfrognée, elle menace et facilement se laisserait aller à frapper. L'annonce de plaisirs ou d'ennuis paraît la toucher très peu. Elle manifeste peu de joie à l'idée de sortir. Elle semble assez peu pressée d'aller prendre ses repas. Elle

va, lui dit-on, passer dans un autre quartier : elle veut bien; elle va rester ici : elle veut bien encore, et son sourire s'épanouit toujours sur sa face indifférente.

Cé... ne manifeste, pour rien ni à personne, aucun attachement particulier, Elle ne recherche pas, ni ne fuit, la société des malades. Peut-être préférerait-elle rester seule. Pourtant elle paraît éprouver un léger plaisir à ce que l'on s'occupe d'elle.

Cé... n'est guère coquette. La pudeur et la honte sont assez développées chez elle, ainsi qu'une certaine vanité.

Elle est assez *suggestible*, assez *crédule*. Presque toujours elle tend à croire, ou à faire ce qu'on lui dit. L'automatisme s'installe rapidement (nous avons pu le remarquer en étudiant son attention et sa sensibilité) et elle continue l'action commencée. Néanmoins il ne faut pas trop choquer ses tendances et ses habitudes, car elle se fâche et devient facilement violente.

Les *croyances* de Cé... et sa cosmologie témoignent de sa faiblesse intellectuelle et de son indifférence. Elle se contente de répéter mécaniquement quelques dogmes religieux : Il y a le Bon Dieu et la Sainte Vierge. Le Bon Dieu est très grand, la Sainte Vierge est plus petite. On va au ciel ou dans l'enfer. Elle préfère aller dans l'enfer. D'ailleurs tout cela lui est bien indifférent. Heureuse du présent, elle s'en contente,

et n'est troublée d'aucune inquiétude portant sur l'avenir.

Étude de la sensibilité. La sensibilité à la piqûre a été mesurée à la pulpe de l'index gauche avec l'algésimètre du Dr Toulouse (v. p. h.)

A la limite 0g,10 sont perçus ; 0g,20 sont très bien perçus, lorsque normalement un poids de 0g,03 agissant sur l'aiguille suffit pour provoquer une sensation.

Pour la perception des poids et de leurs différences ; nous n'obtenons aucun résultat[1] avec un poids initial de 100 gr. Avec un poids initial de 1 kgr. une différence de 300 gr. est appréciée.

Pour la discrimination de deux contacts, en opérant toujours dans la même région, la mensuration est impossible. Elle semble être très obtuse. Il faut écarter les deux pointes du compas[2] de plus de 1 c. m. pour que le sujet accuse deux sensations.

Pour ce qui est du sens stéréognosique, un sphéroïde de 13/10mm de diamètre est distingué d'une sphère de 10/10mm.

Pour la mesure de l'algésimétrie, nous nous sommes encore servis du ressort et de la tige du sphygmomanomètre de Bloch. Dans ces conditions une pression de 600 gr. appliquée sur la

1. Avec l'instrument spécial imaginé par MM. Toulouse et Vaschide, permettant d'ajouter une série de poids à un poids fixe. Le poids porte sur la deuxième phalange du deuxième doigt.

2. Compas de Weber modifié. Compas à glissière.

peau de la région frontale donne lieu à une sensation douloureuse.

La sensibilité olfactive et gustative est très atteinte : Cé... perçoit, il est vrai, l'odeur du camphre dans une solution à 9 p. 10000, mais elle déclare ne rien sentir dans une solution d'ammoniaque à 1 p. 10.

Au goût, elle reconnaît le chlorure de sodium à 1 p. 10, le sucre à 1 p. 100. Mais elle ne sent pas l'amertume dans une solution de quinine à 1 p. 10.

Étude de la motricité. — Cé... ne présente pas de troubles de la démarche. Elle marche lentement, la tête basse, les bras pendants ou croisés sur la poitrine.

Elle paraît incapable de faire un effort. Invitons-la à serrer un objet. Elle regarde son interlocuteur avec un sourire stupide. Elle tente un léger effort, et voici qu'elle se fatigue : sa main reste molle sans même qu'elle prenne l'initiative de cesser cette très faible pression. Au dynamomètre, elle ne peut amener plus de 10 kgr.

Les réflexes tendineux sont normaux, les radiaux faibles, les rotuliens un peu exagérés, surtout à droite. Le réflexe cutané plantaire est normal.

Étude de l'état somatique. — La *respiration* est normale, un peu courte. Elle donne 28-30 inspirations à la minute. Les poumons paraissent en bon état. On note un peu d'obscurité respiratoire un sommet droit.

A l'auscultation, palpation et percussion de la région *cardiaque*, on ne note rien d'anormal.

Le *pouls*, petit, régulier, lent, frappe 62 pulsations à la minute. La *respiration*, courte, superficielle, donne 20 inspirations à la minute. Elle est si faible que l'on peut à peine ausculter la malade.

Sphygmomanométrie. — Avec l'appareil de Laulanié le pouls est extrêmement faible dès que l'artère supporte une pression correspondant à 8 c. m. de mercure. Il est totalement écrasé avec 12 c. m., parfois avec 9.

Le pouls capillaire ne peut être pris ni avec les appareils de Hallion, ni avec l'appareil de Patrizzi, au mois de mars 1908. En décembre de la même année, nous obtenons un tracé presque imperceptible.

La *Sphygmographie* impossible avec l'appareil de Marey donne un tracé à peine sensible avec l'ampoule Sphygmographique du Dr Pachon.

On note des troubles circulatoires analogues à ceux que l'on a souvent décrits chez les mélancoliques : c'est la stase sanguine aux mains et aux pieds, rouges, bleuis, couverts d'engelures. Le moindre contact détermine une trace blanche qui s'efface. Les mains sont froides. Le sang, une fois chassé par pression, revient très lentement (8 secondes).

Cé... mange beaucoup, assez lentement. Les *fonctions digestives* sont normales.

Les urines paraissent normales. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'état somatique de Cé... paraît en somme très bon. Comme l'examen de ses organes, son aspect général dénote une santé florissante. Le facies est coloré. L'embonpoint est normal.

Étude spéciale de l'euphorie du sujet. — C'est à peu près uniquement par l'expression de la physionomie que l'on peut prendre connaissance de la béatitude de Cé... En effet les gestes sont extrêmement rares et les paroles plus encore. Il ne s'agit nullement d'une joie expansive, dynamogène comme celle des maniaques, mais d'un état de torpeur bienheureuse et d'agréable engourdissement.

Le sourire, que nous avons décrit plus haut, est si constant que certains plis, certaines fossettes ne disparaissent jamais. Nous ne voulons rappeler ici que le contraste d'expression entre la mollesse des traits détendus, la large ouverture de la bouche, le stupide écarquillement des yeux, d'ailleurs ternes, et les plis radiés qui se dessinent derrière les paupières, l'action du muscle zygomatique qui donne la mimique rieuse. C'est de là que résulte cet aspect d'étonnement satisfait, de bonheur torpide. A certains moments — surtout lorsqu'on ne la regarde pas franchement — Cé... fixe un point dans l'espace, et son sourire se fait plus immobile, plus hébété.

Il est difficile d'obtenir de Cé... la moindre

parole. Encore n'est-on pas certain de ne pas lui avoir suggéré la réponse. Cependant on finit par s'apercevoir que les quelques mots qu'elle prononce expriment l'opinion la plus optimiste. Ce n'est pas qu'elle se fasse une grande illusion sur son état et sa condition, mais elle s'en contente, et n'y trouve que des motifs de réjouissance. Il lui plaît de se laisser vivre ainsi sans souffrance et sans travail. Et remarquons que, comme dans le cas de I... ces opinions n'ont pas été suggérées, puisque Cé... persiste dans son parti pris même lorsqu'on voudrait lui imposer une idée de couleur opposée. Elle ira même jusqu'à contrarier son interlocuteur et à répondre : « Non! », fait extraordinaire, lorsque l'interrogation amènerait, par la simple affirmative, l'énonciation d'une réponse pessimiste. C'est ainsi qu'on parvient à lui faire dire que la soupe est bonne, et même à la faire protester lorsqu'on prétend qu'elle est mauvaise. Elle est bien ici, les infirmières sont gentilles. Il fait bon. Elle ne tient pas à sortir de l'Asile, encore moins à se marier. Pourquoi? Pas de réponse ; mais elle sourit un peu plus, et d'une manière approbative lorsque l'on émet la supposition que sa situation actuelle lui paraît préférable parce qu'elle est tranquille et n'a pas à travailler.

En effet, Cé... a horreur du travail, de l'activité, du mouvement. Si elle est parfois sortie de son calme béat c'est qu'on lui demandait un

effort. Assez docile d'habitude, elle s'entête brusquement, refusant d'accomplir un acte. Elle entre alors dans d'assez violentes colères. Remarquons que c'est le seul moment où elle manifeste quelque excitation, physique et intellectuelle, et que c'est le seul moment aussi où elle ne paraisse pas ressentir des sentiments agréables.

Il arrive aussi, plus rarement encore, que le sourire disparaît et qu'elle reste dans un état de stupeur dont on ne la tire qu'avec peine. Mais lorsqu'elle sort de cet engourdissement, elle ne témoigne pas qu'elle ait éprouvé quelque sentiment désagréable; il semble au contraire que son bien-être ait persisté, bien que le sourire qui l'accompagne ait un instant disparu. N'est-ce pas là un simple phénomène de fatigue?

Par contre, les exagérations, les modifications joyeuses de son continuel plaisir sont assez fréquentes. En général tout événement qui parvient à la tirer de sa torpeur béate, à moins qu'il ne soit franchement pénible, provoque chez elle un peu de joie. Cet état nous permet de mieux nous rendre compte de l'état habituel du sujet, sur lequel il tranche, et de distinguer la joie active de sa joie passive. C'est surtout en lui parlant, en s'occupant d'elle qu'on pourra observer ce phénomène : le sourire s'élargit, se transforme en rire. La respiration s'accélère; le pouls reste à peu près invariable. Parfois les

pulsations s'accélèrent un peu, sans arriver au nombre de 75 à la minute. Ces modifications joyeuses sont d'ailleurs de peu de durée, elles se fondent rapidement dans le continuel bien-être du sujet.

Cé... est donc en bon état physique, sans que l'on puisse relever aucune trace d'accélération ou de renforcement des phénomènes circulatoires, aucun phénomène d'excitation motrice. Le pouls est lent. Au point de vue psychologique, il serait paradoxal de parler d'excitation émotive, sentimentale, intellectuelle, la malade vivant continuellement dans un état de torpeur, de demi-somnolence. Son état mental est celui d'une idiote incomplète, qui possède l'usage de la parole. Ses besoins et ses tendances, rares et simples, reçoivent facilement leur satisfaction dans un milieu approprié[1].

Observation III[2]

Juliette N... est une idiote congénitale presque complète, âgée de 22 ans. Elle prononce un ou deux mots auxquels elle n'attache guère de sens. Elle est depuis 4 ans dans le service du Dr Toulouse ; elle venait de la Fondation Vallée, où elle

1. Cette observation a fait l'objet d'une communication à la *Société de Psychologie* (V. Lectures).

2. Observation personnelle, prise dans le service du Dr Toulouse (1908).

avait été l'objet du certificat suivant : Idiotie complète, parole imparfaite, gâtisme, incapacité de s'habiller, etc... A son entrée, M. le Dr Toulouse pose le diagnostic suivant : Idiotie. Incapacité de pourvoir à ses besoins, gâtisme.

On ne rélève rien d'intéressant dans ses antécédents personnels et héréditaires. Depuis qu'elle est dans le service, elle a présenté une ou deux crises de violence. D'ailleurs son état reste stationnaire. Les menstrues sont irrégulières.

Juliette est le plus souvent assise. Obèse, difforme, la tête basse, les bras pendants, elle sourit d'un sourire stupide et bestial. Les cheveux tenus ras à cause de sa malpropreté et de son désordre, les oreilles larges, plates, mal ourlées, son strabisme convergent, son front, bas et fuyant, sa brachycéphalie surtout postérieure contribuent à donner à son facies l'aspect le plus étrange. La bouche est entr'ouverte, elle bave sur les vêtements. De temps en temps un sourire écarte les commissures labiales et ferme les yeux, asymétriquement presque toujours. A la moindre excitation, Juliette réagit par un rire plus franc, accompagné parfois de tics et de grimaces. Ou bien elle fait entendre un bourdonnement profond qui paraît beaucoup la séduire. Puis, tout à coup, elle incline la tête : « Bonjour! Bonjour, Claire, » dit-elle sur un ton de perroquet; elle tend la main. Tantôt

elle tourne un peu la tête : « Salut! Salut! » et elle retombe dans la torpeur, bavant doucement sur sa robe.

Parfois elle hoche la tête en prononçant des paroles inarticulées; elle chantonne, sur un ton de mélopée, quelques syllabes toujours identiques : « Ma, madaya; Ma, madaya. » Elle sourit.

Étude de l'état mental de Juliette. — J. N... ne présente pas d'idées délirantes.

L'attention spontanée est assez facilement éveillée, bien que Juliette soit le plus souvent étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Un bruit brusque, l'arrivée de quelque personne attireront son attention. Elle tourne alors la tête, parfois assez brusquement. Mais ce phénomène est de courte durée, et le sujet revient rapidement à son attitude passive.

Il n'est naturellement pas question d'*attention volontaire*.

Le contenu de la *mémoire* est extrêmement pauvre. Quelques mots, quelques noms propres plus ou moins dépourvus de leur signification, voilà ce que l'on peut déceler du bagage mnémonique de Juliette. Elle est cependant capable de *conserver* deux *images liées* par une *contiguïté* dans le temps, de telle manière que l'une de ces images puisse *évoquer* l'autre. Habituée à être examinée après la malade Cé..., chaque fois qu'elle vient dans le laboratoire elle appelle à plusieurs reprises sa compagne. Tel est l'un des

rares exemples de mémoire et d'association que l'on ait pu observer chez Juliette.

Les idées, ou plutôt les images ont d'ailleurs peu de tendance à éveiller d'autres idées, d'autres images. Il semble que l'esprit de notre idiote s'immobilise sur un même objet, jusqu'à ce qu'elle retombe dans son état de souriante indifférence. Juliette, pourrait-on dire, émet quelques jugements élémentaires relatifs à ses fonctions physiologiques : « Besoin; j'ai besoin, » mais c'est là une formule toute faite, une sorte de cri appris, qui ne diffère de ses habituels psittacismes que par son adaptation à une circonstance donnée. En dehors de cela, son discours est une série d'onomatopées, de syllabes et de mots dépourvus de sens précis. On pourrait le comparer au gazouillement d'un tout jeune enfant : « Bonjour monsieur; Ahm! Madaya, madaya; bonjour, monsieur, bonjour! ». On ne saurait parler de *raisonnement* qu'en concevant ce mot dans un sens « prélogique », selon l'expression de Baldwin[1]. Nous voulons dire par là que le sujet est capable de quelques inférences sur des points qui le touchent immédiatement dans son intérêt. Ayant dans un moment d'excitation déchiré ses habits, elle les regarde et dit : « Maillot, maillot! » indiquant par là la crainte du traitement que l'on va lui infliger à cause de son acte.

1. V. Baldwin, *La Pensée et les Choses*.

Elle ne *comprend* que quelques gestes et quelques mots absolument usuels qui se rapportent presque tous à l'accomplissement de besoins, physiques. Il faut d'ailleurs se défier d'une erreur facile à commettre, la malade répondant « oui » à bien des questions qu'on lui adresse, même lorsqu'elle est incapable de les comprendre.

Le *sens musical* est relativement développé; notre idiote parvient à chanter assez juste l'air de petites chansons dont elle mutile les paroles. Bien plus souvent, elle bourdonne des mélopées.

Elle éprouve rarement des *émotions*. Cependant elle est parfois attristée, quand elle revêt le maillot, par exemple. Alors le front se plisse, les yeux s'ouvrent, la physionomie prend un aspect soucieux et inquiet. La colère surviendrait plus souvent. Elle se traduit par de l'excitation, par la congestion de la face. Juliette déchire ses vêtements, frappe, mord. La peur, qui se produit rarement, tend à se manifester par la fuite. La tête s'abaisse. Le bras fait le geste de parer. On observe plus souvent des paroxysmes de joie : *la joie prend alors le caractère bien connu de la joie active et dynamogène*.

Elle n'éprouve d'affection pour personne, reste indifférente, et ne s'attache même pas à ceux qui s'occupent d'elle. D'ailleurs assez docile — sauf par instants, — elle paraît surtout obéir à la crainte. Egoïste, personnelle, elle manifeste rarement de l'hostilité. Elle n'est pas particulière-

ment voleuse ni cruelle ; mais dans ses moments de colère, elle tuerait sa victime et s'acharnerait sur elle si elle en avait la possibilité.

Nous avons dit qu'elle avait un rudiment de sentiment esthétique, ainsi que le prouve son amour du chant et de la musique. Ajoutons que des paroxysmes de joie active sont provoqués, comme chez l'enfant, par la vue des objets brillants.

Elle se masturbe, mange *gloutonnement* ; on ne parvient pas à l'habituer à la propreté. Elle gâte et souille ses vêtements — sans ressentir aucune honte de sa repoussante saleté.

Sensibilité. — Le profond état d'idiotie de la malade rend difficile l'exploration de la sensibilité. L'acuité visuelle paraît normale. Juliette ne semble pas distinguer les couleurs.

La sensibilité auditive est assez bonne.

La sensibilité au contact est diminuée.

La sensibilité douloureuse à la piqûre est presque abolie.

Motricité. — Juliette marche assez bien, mais d'une manière à la fois lourde et enfantine, en sautillant et se dandinant. Quoiqu'elle présente un développement musculaire assez considérable, elle est incapable de serrer la main volontairement avec une certaine force. L'effort, très court, est insignifiant.

Réflectivité. — Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés.

Le réflexe cutané plantaire est normal.

Les pupilles, égales et petites, réagissent bien. (On note un peu de strabisme convergent.)

Etat somatique. — L'état organique paraît bon, la *respiration* est faible et courte ; l'on compte 20 inspirations à la minute.

Le *pouls* est plein et régulier ; l'on compte 75 pulsations à la minute. Les battements du cœur sont réguliers et normaux, le pouls est un peu faible. La tension artérielle humérale a donné 11 et 12 centimètres. La tension radiale, 380 grammes au sphygmomanomètre Bloch. La tension artériolaire est très faible. L'appareil de Gärtner indique 9 centimètres de mercure [1].

La malade est obèse. Son poids (67 kgr.), augmente régulièrement. Elle mesure $1^{m},48$.

En outre des *stigmates de dégénérescence* décrits au cours de cette observation, notons l'implantation irrégulière des dents et la forme ogivale surélevée de la voûte palatine.

Etude de l'euphorie du sujet. — Il est clair que le seul moyen que nous puissions avoir d'apprécier l'état affectif de ce sujet, c'est l'étude de ses expressions et de sa mimique. La parole est trop imparfaite pour que nous espérions en tirer des renseignements, et les quelques mots dans lesquels Juliette énonce son bonheur de

1. Les mains sont le siège de phénomènes de congestion passive. Le sang chassé par pression avec le pouce met cinq secondes à revenir.

vivre pourraient être expliqués par l'habitude qu'ont les idiots de répéter des formules toutes faites. Mais ce qui n'est pas acquis c'est l'intonation chantante et enfantine qui laisse apparaître sa joie animale. Quant à la physionomie, elle est tout à fait caractéristique. *Le facies est épanoui dans un rire silencieux et niais, cependant que la tête se balance au rythme des lentes mélopées que chante la malade.* Ce rire est assez analogue à celui qui, parfois, traduit le plaisir d'origine physiologique. Seulement, il est continu.

Il subit cependant quelques interruptions ; parfois une sorte d'expression douloureuse le remplace. Mais cette mimique est moins nette ; elle traduit plutôt la stupeur que la souffrance. Le rire au contraire est éloquent, comme si le sujet savait mieux extérioriser son sentiment le plus habituel.

Nous avons parlé des paroxysmes de joie. Il s'agit bien alors de la joie réelle, de la joie accompagnée d'excitation somatique et psychique : le rire s'élargit, la figure se plisse, Juliette fait des gestes de tête violents et désordonnés. Bientôt tout retombe dans le calme, et la béate torpeur se peint de nouveau sur les traits de Juliette.

Il s'agit donc ici d'une idiote presque complète, qui présente à peu près constamment un état de joie passive, de bien-être, qui n'est que rarement

entrecoupé par des symptômes d'excitation, de colère ou de joie active.

Voici donc trois individus, pris parmi bien d'autres qui leur sont analogues : ils paraissent éprouver un état de bien-être chronique, et le traduisent par des expressions très voisines. Les premiers sont deux demi-idiots; et leur joie béate s'exprime d'une manière à peu près identique. La troisième, idiote presque complète, témoigne d'une euphorie plus animale. Cherchons les traits communs qui pourraient caractériser leur état intellectuel, affectif et somatique.

L'aspect de ces infirmes intellectuels est, pour les deux premiers, presque identique; celui de la troisième malade présente des analogies, quoique son état mental soit encore inférieur. Nous ne reprendrons pas ici cette description, qui a été donnée en détail pour chaque sujet, mais nous résumerons en deux mots les sentiments qu'expriment leurs gestes et leur visage; c'est à la fois l'apathie et le bonheur. L'apathie dans les membres fléchis, la tête basse, le sourire alangui, la parole lente et monotone; le bonheur dans l'intonation chantante, la dilatation de la bouche et des yeux, les mains ouvertes, l'attitude presque extatique; c'est le mol abandon de l'être satisfait : « dolce farniente. »

L'examen systématique des fonctions de ces

individus nous révèle des caractères communs à tous les idiots, et d'autres qui sont peut-être plus spéciaux à nos sujets. De toute manière certains de ces caractères nous paraissent utiles à connaître pour l'étude de leur euphorie morbide.

Chez I... et chez Cé... l'attention spontanée s'éveille assez facilement; mais le sujet s'immobilise rapidement dans la contemplation béate d'un objet. L'attention provoquée — nous n'osons pas dire volontaire — se prolonge aussi dans le monoïdéisme et l'automatisme. Chez Juliette, l'attention est très mobile et très courte.

Les troubles les plus importants de la mémoire semblent être ceux qui dépendent de la mémoire d'acquisition, qui se trouvent par conséquent en rapport avec cette *diminution de l'effort nécessaire* pour fixer un objet intellectuel, c'est-à-dire avec le trouble de l'attention.

L'étude de l'association des idées et de l'évocation des images nous montre d'intéressants phénomènes. D'abord ce sont les formes inférieures de l'association qui prédominent; ensuite ces processus sont très lents et très pauvres, bien que l'absence de processus supérieurs, jugements ou raisonnements, leur laisse la voie libre. Enfin, nos imbéciles ne font, encore ici, aucun effort, et n'essaient nullement de chercher du nouveau : ils dévident avec lenteur

et mollesse le fil de leurs associations, sans jamais rechercher activement l'image qui ne se présente pas spontanément. En somme, ce qui frappe l'esprit le moins prévenu, c'est à la fois la faiblesse de cette fonction et son automatisme. La faiblesse et la lenteur du jugement et du raisonnement sont encore plus marquées. Nous avons insisté au cours de ces observations sur l'absence surtout accusée des phénomènes de contrôle volontaire, le sujet étant parfois capable de reproduire, d'une manière pour ainsi dire mécanique, des opérations apprises, mais jamais de s'apercevoir de l'absurdité du résultat auquel il aura pu être conduit. Notons aussi la fréquence des formules toutes faites, formules de politesse et phrases banales qui font le fond de la conversation de ces individus.

L'indifférence absolue qu'ils témoignent pour les problèmes qui dépassent leur intelligence est aussi à retenir. N'est-il pas normal que l'homme s'inquiète même de ce qu'il ne peut pas connaître? De toute manière l'on admettra que l'indifférence de l'avenir est un trait bien particulier à ces malades.

Pour ce qui est des tendances et des besoins, nous les avons montrés assez rares, assez simples et bien facilement satisfaits dans le milieu de l'asile où ces sujets sont soignés. Ce point paraît capital. M. le docteur Bridou, auteur d'intéressants et très originaux travaux sur les émo-

tions, et en particulier sur la joie morbide[1], qui a bien voulu s'intéresser à notre étude, attribue, d'après ses conceptions personnelles, une importance prépondérante à ce fait dans l'étiologie de l'euphorie de nos imbéciles. Pour lui la misère physiologique et les mauvais traitements auraient facilement raison d'une *satisfaction* qui serait essentiellement due aux conditions extérieures. Cette opinion, qui nous paraît contenir une large part de vérité au point de vue des sujets dont il est question dans ce chapitre, sera discutée en son temps.

La bienveillance paraît être un trait assez fréquent chez les demi-idiots euphoriques. Mais elle est bien superficielle, ainsi que leur attachement à certaines personnes et leur goût de la société. La moindre contrariété suffirait à la détruire. Elle semble bien plus rare chez les idiots complets. Juliette, généralement apathique et indifférente, manifeste par moments la plus grande « méchanceté »; et la plus forte preuve d'activité qu'elle puisse donner consiste à mordre ses compagnes ou à déchirer ses vêtements.

L'horreur de l'effort, du changement des habitudes, paraît être un caractère général, tous nos sujets étant quelquefois capables de colère, lorsqu'on les dérange ou qu'on veut les faire

1. Dr Bridou, *Revue Scientifique*, 1906.

travailler. De même ils souffrent difficilement qu'on les contrarie dans la réalisation des rares tendances qu'ils peuvent manifester.

Nous avons constaté que la volonté et la force d'inhibition sont nulles, même chez ceux d'entre eux dont l'intelligence n'est pas entièrement dégradée.

L'instinct de jeu, l'instinct musical, en particulier, existe chez nos sujets, et il nous a même semblé que, bien qu'il soit fréquent chez tous les idiots, on le trouve développé d'une manière plus constante chez nos euphoriques.

L'étude de la sensibilité nous révèle une diminution constante et presque générale de tous ses modes; la sensibilité à la douleur est faible, ainsi que la sensibilité au contact; les formes qui exigent l'intervention de processus intellectuels, telles que la discrimination de deux contacts sont particulièrement atteintes. *La sensibilité musculaire, les sensibilités olfactives et gustatives*, celles qui se rapprochent le plus par leurs caractères de la sensibilité splanchnique *paraissent surtout atrophiées.* Par contre l'audition et la vision sont presque normales dans les cas que nous avons pu examiner. Nous nous permettrons d'insister un peu sur les observations qui concernent la motricité de nos malades. En effet, la théorie de Lange fait de l'augmentation de l'innervation musculaire un des éléments de la joie qu'il décrit. Sans vouloir abor-

der cette question dans ce chapitre, notons tout d'abord que les faits ne semblent pas lui donner raison ; ou bien il faut admettre, ce que l'on peut croire en effet, que cette joie active et dynamogène est très différente de la Béatitude passive et calme de nos sujets. L'on peut constater que, si nos idiots sont bien portants, leur système adipeux a une tendance marquée à l'emporter sur le système musculaire. Et s'il est vrai que la fonction développe l'organe, voici une première preuve anatomique de la faiblesse de l'innervation motrice. En second lieu, nous pouvons remarquer l'attitude affaissée, *asthénique*, de nos malades, comparable souvent, si l'on ne voyait pas leur visage, à celle de sujets en état de stupeur mélancolique. Quant à la mimique, à ce sourire béat et fatigué, quelle preuve avons-nous qu'il demande une plus considérable « innervation », un effort plus intense que les plis verticaux du front qui expriment l'angoisse? Si le lecteur essaie lui-même de mimer ces deux expressions, il aura sans doute un tout autre sentiment. Enfin l'extrême économie de mouvements, la paresse, la mollesse de nos débiles, tout s'oppose à ce que l'on considère que leur état de bonheur résulte en partie du sentiment de l'innervation motrice augmentée; tout s'oppose même, selon l'opinion classique, à considérer cette joie comme expansive et dynamogène. Nous avons vu d'ailleurs, sous

l'influence d'excitations, de véritables accès de joie réelle et active, accompagnée de phénomènes moteurs plus intenses; mais ils *tranchent* sur le calme béat du sujet presque autant que la colère, état désagréable, accompagné lui aussi d'une augmentation des mouvements.

Remarquons au contraire, *l'incapacité d'effort*, *l'horreur de tout travail et de toute peine* qui paraissent des faits dominants. Non seulement le système moteur est faible, non seulement les mouvements spontanés sont lents et rares, mais tout effort musculaire est supprimé, et le malade ne profite même pas, pour les réunir dans un but volontaire, des faibles moyens dont il dispose. Il se laisse tout de suite arrêter par la moindre fatigue, par la moindre douleur. La mesure dynamométrique nous donne de si piètres résultats qu'ils n'en ont plus de valeur numérique (10 kg. environ pour Cé... et pour I...)

Mais ce que l'on peut apprécier c'est la très faible pression qu'ils développent lorsqu'on leur ordonne de serrer avec force la main de l'expérimentateur, pression qu'ils prolongeraient indéfiniment sans avoir même l'idée d'interrompre l'expérience : « Je ne peux pas, » disent-ils en souriant. Que nous sommes loin de la brutale poignée de mains du joyeux maniaque! Remarquons aussi que si ces malades se sont jamais fâchés, c'est presque toujours parce qu'on voulait leur faire exécuter un travail.

L'état somatique de nos trois euphoriques est bon, et il nous a semblé que c'était là un caractère assez général chez les idiots en état de satisfaction. D'autres idiots à caractère triste ou haineux se trouvent souvent en mauvaise santé. La valeur de ce fait sera discutée plus tard, lorsque nous aurons apporté d'autres documents, et montré, dans d'autres maladies, des satisfaits très cachectiques.

En revanche on ne saurait constater, d'après ces observations, de troubles vaso-moteurs capables d'expliquer l'état de plaisir chronique. La discussion de ces phénomènes viendra avec celle des phénomènes moteurs, puisque Lange fait de la dilatation vasculaire active, avec augmentation de la circulation sanguine, le deuxième facteur physiologique de la joie.

Or, quelles sont les particularités que nous avons pu observer dans les fonctions circulatoires de ces idiots souriants? L'un d'entre eux, I..., présente un pouls rapide, qui bat à 85 pulsations environ par minute; mais son cas est loin d'être général. Cé..., par exemple, présente le plus souvent un pouls qui est *plus lent* que celui de la moyenne. Il bat en effet 62 pulsations à la minute. Quant à Juliette, son pouls est normal, et frappe 76 fois à la minute.

La pression sanguine artérielle est, pour nos trois malades, plutôt faible (franchement faible

pour Cé...) La pression artériolaire est basse chez ces trois sujets. Les réactions vaso-motrices sont lentes. Ils présentent tous de remarquables signes de stase sanguine.

CHAPITRE III

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

L'étude des idées de grandeur et la psychologie du délire ambitieux de la paralysie générale sont loin de rentrer tout entières dans le cadre restreint de ce chapitre. Dans cette immense région, nous ne verrons qu'un district bien limité ; de cet énorme complexus pathologique, nous ne pouvons retenir qu'une qualité morbide : c'est l'optimisme calme et tranquille de certains paralytiques généraux en état de démence. — Que cet optimisme soit à la base du délire des grandeurs, ou que celui-ci ait d'autres facteurs plus importants, c'est ce que nous ne saurions discuter ici. C'est cet optimisme lui-même qu'il est intéressant de mettre en lumière au point de vue qui nous occupe.

Aussi ne rechercherons-nous pas la description d'un de ces délires qui ont été si bien et si

souvent dépeints, délires énormes, absurdes, mobiles, incohérents, selon les vieilles et justes épithètes qui s'y attachent. Mais, choisissant des individus calmes et peu délirants spontanément, nous tâcherons de voir quelles sont les conditions physiologiques et psychologiques de leur tranquille euphorie. Ne nous interdisons pas pourtant de découvrir chez eux le délire : aucun fait saillant ne doit être négligé. Mais l'étude du phénomène délirant n'est pas notre but.

Il ne saurait être question d'assimiler l'état mental de nos paralytiques à l'état sans doute profondément dissemblable de nos idiots satisfaits. Mais, étudiant un fait psychologique dans divers esprits, un symptôme dans diverses classes morbides, il nous sera permis de tenter d'établir quels sont les phénomènes psychiques et somatiques qui peuvent être liés à ce fait ou qui doivent en être séparés. Ainsi, dans le chapitre qui précède nous avons dû admettre, de toute évidence, qu'un sentiment agréable peut exister sans être accompagné d'une augmentation de l'innervation motrice, et les observations qui suivent nous montreront le sentiment agréable coïncidant avec un état de déchéance organique.

La plupart des ouvrages qui traitent de la paralysie générale mettent en rapport étroit l'euphorie du paralytique et son excitation : il

est heureux, il fait de multiples projets, il est actif. Sa verbigération va de pair avec son expansion optimiste ; voilà celui que l'on décrit le plus communément.

Il est vrai que l'on montre souvent cette activité diminuant en même temps que s'accuse l'affaiblissement démentiel, mais l'on considère volontiers que l'euphorie persistante est comme le dernier vestige de cette *hyperdynamie fonctionnelle*. Nous verrons ce que l'on peut penser de cette conception.

Contentons-nous ici de dire que, si bien peu de cliniciens ont établi le type du paralytique satisfait, certains l'ont entrevu ; quelques-uns même, Bayle par exemple, en ont donné de fort intéressants aspects.

Ces malades sont calmes et paraîtraient apathiques si un sourire satisfait ou quelques mots, rares ou incohérents, ne nous renseignaient sur leur sentiment de bonheur et quelquefois de puissance. On ne saurait trouver trace d'excitation intellectuelle, ni motrice, sauf, à de rares intervalles, dans leurs extravagantes mais *pauvres* prétentions. *L'exagération de la puissance fonctionnelle n'est que l'illusion de leur maigre délire qui traduit au contraire la lenteur et la faiblesse de tous leurs processus intellectuels.*

Parmi les aliénistes qui ont le mieux dépeint le syndrome mental, le fait psychologique auquel nous faisons allusion, l'auteur des *Ma-*

ladies du Cerveau et de ses Membranes, mérite une mention spéciale.

Bayle[1] distingue trois périodes dans l'évolution clinique de la paralysie générale. La description qu'il fait de la troisième période est particulièrement intéressante pour notre sujet :

« Dans le premier degré de cette période... leurs idées sont toujours très bornées, uniquement relatives à eux-mêmes et consistent en idées dominantes de richesse, d'opulence, de grandeur, de puissance, qui sont ordinairement peu étendues, fixes, incohérentes...

« ... Ces malades sont presque toujours calmes et tranquilles; assez souvent ils parlent peu et sont habituellement dans un silence apathique qu'on ne fait cesser qu'en leur faisant des questions...

« *Deuxième degré de la troisième période.* — Dans ce degré... les facultés sont presque entièrement oblitérées... La sphère des connaissances est extrêmement étroite et presque toujours bornée à quelques idées incohérentes de richesse et de grandeur.

« Ils sont presque toujours calmes, tranquilles et dans un état de paralysie incomplète très marquée qui s'étend à l'appareil locomoteur tout entier; la face, qui était très pâle, présente une immobilité particulière qu'on reconnaît fa-

1. *Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes.*

cilement quand on est habitué à les observer... Souvent ils ne peuvent plus se soutenir... Dans cet état la sensibilité générale est si affaiblie qu'il se forme très fréquemment des escarres... » Chez les malades parvenus à cet état, il décrit des idées de satisfaction. Voici une belle observation tirée de son ouvrage sur les *Maladies mentales* :

« Le malade Claude-François L... est entré en avril 1818 à Charenton. En 1819 son état se résume ainsi : « pâleur et flaccidité générales, sensations obtuses, nulle attention aux objets environnants, dont il ne s'occupe point. Il entend difficilement les questions qu'on lui fait ; pour qu'il les comprenne et qu'il réponde, il faut les répéter plusieurs fois et les lui présenter de diverses manières. Il ne conserve qu'un petit nombre d'idées ambitieuses, incohérentes, qu'il exprime lorsqu'on lui parle, quelle que soit la demande qu'on lui fasse : il est empereur ; ses deux fils sont empereurs et logent aux Tuileries ; il a des millions et puis encore des millions ; sa femme a trois croix d'honneur. Sur tout autre objet, il est incapable d'associer les idées même les plus simples. Si on demande de quel pays il est empereur, il répond : « de Besançon », auquel il réunit l'Allemagne et la France.

« Il peut à peine se soutenir sur ses jambes, il marche lentement, chancelle à chaque pas qu'il fait en traînant ses pieds. Il est tranquille, apa-

thique, silencieux, et reste ordinairement assis sur un fauteuil sur lequel on l'attache pour l'empêcher de tomber, d'autres fois il se promène dans la cour et le corridor. Par moments, il parle à voix basse, et répète sans cesse les mots d'empereur, millions, diamants, etc... Sa voix est cassée, tremblante, sa prononciation est difficile. Il lâche involontairement ses excréments et ses urines. Il a bon appétit, demande souvent à manger et est très maigre...

« Le 30 janvier, débilité, maigreur, jambes œdématiées, silence continuel, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, à moins qu'elles ne soient relatives à son délire ambitieux. Dans ce cas, il dit seulement : « empereur, je suis empereur... » Et voici un autre malade (même ouvrage, p. 16) : « Rebour avait 200 jardins de 200 000 francs chacun ; il était amiral, généralissime des armées, le Saint-Esprit était son parrain ; il était habituellement calme, et ne parlait que si on l'interrogeait. »

Voici les derniers moments du paralytique satisfait :

« ... Le 30 mars 1822, décubitus dorsal, tête penchée en arrière, yeux fermés, odeur extrêmement fétide et repoussante..., langue rouge tremblante et sèche ; continuation du dévoiement... pouls très fréquent, chaleur ardente...

« Quand on lui parle, il ouvre les yeux, qu'il ferme un moment après. En lui demandant à

plusieurs reprises comment il se porte, il finit par dire : « bien. » Etat général de prostration; œdème des deux membres inférieurs jusqu'aux aines. Le soir, mort. »

Chez M. Jacques-Nicolas E... les idées ambitieuses augmentent malgré la faiblesse des facultés et la diminution de l'agitation.

« Le malade était duc de Bourbon, prince Oscar, empereur et roi des Français; il avait des millions et des milliards; il ne pouvait pas compter ses diamants; ses armées étaient innombrables. Il marchait en tremblant, prononçait avec beaucoup de peine et en bégayant, tous ses mouvements étaient lents et faibles; il lâchait involontairement ses excréments et ses urines...

« Le 31 [1], œdème de la face et des pieds, impossibilité de se tenir sur ses jambes. Depuis quelque temps, il s'est formé quatre escarres gangreneuses de la largeur de la main, une sur sa cuisse, deux sur les grands trochanters, et la quatrième sur l'épine du dos, dans la région lombaire; cependant, malgré ses souffrances, il répond toujours qu'il se porte bien, et ne parle que de ses trésors et de ses dignités mais ses forces s'affaiblissent de plus en plus et s'éteignent : il est dans une sorte de stupidité ».

Un autre paralytique présentait «... vers la fin de février 1823, face bouffie et pâle, léger

1. Janvier 1819.

œdème des pieds; calme d'assez longue durée dans lequel les facultés sont incohérentes. Lorsqu'on lui demande comment il se porte, il répond : *Bien, mon ami*, avec un air affectueux; d'ailleurs, point de raison... »

Morel nous parle d'un malade «... réduit aujourd'hui à un tel état d'anéantissement physique et moral que de rester assis pendant une demi-heure est une épreuve au-dessus de ses forces... ses jambes plient sous lui... Il murmure quelques paroles inintelligibles et si on lui demande son nom, il répond avec beaucoup de peine :« Jean Baptiste B..., bri...ga...dier, com... man...dant..., géné...ral. »

Baillarger note chez les paralytiques euphoriques des troubles profonds de la sensibilité : « La sensibilité générale est obtuse, son goût imparfait. On lui donne du sulfate de magnésie qu'il boit en solution concentrée, et il déclare que c'est un rafraîchissement de première qualité. » (Tiré d'une observation donnée par Foville fils. Travail du docteur Earle.)

Et parlant d'un autre paralytique qui fut opéré : «... Lorsque M. Marat pratiqua l'amputation, il trouva la jambe désorganisée si haut qu'il fut obligé d'opérer la section à la partie moyenne de la cuisse. Une circonstance qui étonna tous ceux qui assistaient à l'opération, c'est que cet infortuné ne se douta même pas qu'on la pratiquait et ne donna aucun signe de

douleur. » Il cite une autre observation du même ordre.

M. Magnan insiste sur la différence qui existe entre le délire ambitieux du paralytique général et la mégalomanie du persécuté : « Dans la paralysie générale, le délire ambitieux, ou mieux de satisfaction est étendu à tout. »

La thèse de Garnier fait ressortir aussi les caractères propres à la mégalomanie paralytique : « Ce puissant empereur est assis devant vous dans la pose la plus modeste,.. ne lui supposez pas une mine altière et superbe ! Bien au contraire, son visage épanoui par une béate satisfaction, sa tenue sont loin de lui donner l'air de l'emploi. »

Garnier a d'ailleurs particulièrement bien vu le caractère qui nous intéresse ici : « Ainsi que l'a fait, dit-il, il y a déjà longtemps, si judicieusement remarquer M. Jules Falret (Falret, *De la Folie paralytique* 1873 et *Études cliniques sur les Maladies mentales*, Paris 1870), rien n'est mobile, changeant, fugace, contradictoire, absurde, comme les idées de grandeur du paralytique général, si différent dans son sans-façon, dans son laisser-aller, de l'ambitieux atteint de psychose systématique progressive. Le malade, *rêveur, béat*, plutôt que réellement ambitieux, saute d'une idée à une autre. » Il note plus loin le « désaccord si grand qui existe entre les idées de force et de puissance manifestées par les paralytiques généraux et leur débilité

musculaire plus ou moins accentuée. *Il me paraît impossible d'établir ici une relation étroite entre cette production de conceptions ambitieuses et une hyperkinésie comme il semble qu'on soit autorisé à le faire pour la manie*[1]. »

M. Dupré, dans son ouvrage sur les psychopathies organiques, donne une très complète étude de la paralysie générale. Notons sa description des paralytiques euphoriques à la période d'état : « Le visage ouvert et souriant, ils abordent le premier venu de leur poignée de main banale, se montrant prévenants, affables, contents de tout : ils font voir avec ostentation leur maison, leurs meubles, leurs vêtements et les plus minces objets qui leur appartiennent. » Après avoir dépeint les riches extravagances de certains malades, il décrit des individus analogues à nos béats.

« Beaucoup de malades ne présentent que l'ébauche du délire ou plutôt de cet état expansif... Ils donnent de leur bonheur les explications les plus niaises. Un de mes malades me disait à chaque visite, avec une physionomie rayonnante de bonheur : « J'avais la diarrhée et on me l'a coupée. » M. Dupré admet, d'ailleurs, que l'exagération mégalomaniaque est un résultat du sentiment de bonheur intime.

MM. Klippel et Dumas, désireux d'expérimen-

1. Cette phrase n'est pas soulignée dans le texte.

ter la valeur de la théorie de Lange sur les émotions, ont étudié les « paralysies vasomotrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux[1] ». Employant le pléthismographe Hallion et Conte, ils ont remarqué des phénomènes de vasodilatation des capillaires chez les paralytiques euphoriques. Le tracé ondulatoire, plus marqué qu'à l'état sain, ne se transformerait pas chez leurs malades en ligne droite sous l'influence d'une piqûre. Mais, comme ils ne marquent pas de distinction entre les états d'excitation et de joie, il se pourrait bien qu'il s'agisse ici de paralytiques joyeux, au vrai sens du mot, très différents, dans leur physiologie et leur psychologie, des calmes béats que nous avons en vue.

De nombreux auteurs[2] ont décrit, en même temps que la progression de la démence et souvent de l'euphorie, l'affaiblissement moteur et sensitif des paralytiques généraux. MM. Toulouse et Vaschide disaient en 1902[3] : « La paralysie générale est le type de la démence, c'est-à-dire de la faiblesse intellectuelle. On voit combien l'odorat est altéré dans cette maladie. Il est inté-

1. Congrès des médecins aliénistes. Bordeaux, 1895.

2. Marandon de Montyel, entre autres, ainsi qu'Auguste Voisin, de Martigues, etc. (V. *Bibliographie*).

3. Toulouse et Vaschide. Rech. exp. sur la sens. olf. dans la par. gén. (*Revue de Psychiatrie*, février 1902). Voir aussi, Mesure de l'odorat dans la paralysie générale (*Soc. de Biol.*, 3 février 1900).

ressant de remarquer que cette fonction s'abolit en même temps que l'intelligence générale et tout d'abord dans son mode d'activité le plus délicat : la perception. »

Quelques auteurs allemands paraissent aussi avoir remarqué certains états de satisfaction simple et non délirante chez les paralytiques généraux. Schüle, après nous avoir décrit un malade qui offre plusieurs milliers de millions, commande des tonnes de caviar et des montagnes de sandwiches et proclame « qu'il est Dieu, supérieur à Dieu », indique qu'il se contente de peu : « Si on lui donne un cigare et une allumette, il redescend à la réalité, et se montre pleinement satisfait [1]. » Mais il confond intimement les symptômes d'exaltation maniaque et les états de satisfaction.

Krafft Ebbing, qui cependant paraît aussi, du point de vue théorique, identifier les phénomènes d'excitation et le sentiment agréable, nous donne une idée très juste de la disproportion qui existe entre les prétentions du paralytique et l'effort qu'il peut faire pour les réaliser ou seulement les coordonner : « Dans sa faiblesse psychique, le malade ne sait pas motiver ni coordonner ses idées délirantes... Il se grise de sa richesse et de sa puissance imaginaires, sans faire un effort sérieux dans le sens de ses idées déli-

1. Schüle, *Maladies mentales*. Trad. Dagonet et Duhamel, p. 329.

rantes... ; un prétexte puéril suffit pour l'en détourner, étant donnés sa faiblesse de mémoire, le trouble de son intelligence [1]. »

Kraepelin, dans son Introduction à la Psychiatrie clinique, nous montre l'intéressante observation d'une mégalomanie absurde chez un sujet qui reste parfaitement calme et comme indifférent au milieu de ses brillantes conceptions. On pourrait lui opposer un autre malade, présenté dans la même leçon et chez qui coexistent des idées de grande puissance et une réelle bonne humeur [2].

Ainsi il existe des individus, dont quelques-uns sont cachectiques et qui sont tous déments, capables de présenter, malgré de profonds symptômes de dépression morale et physique, un état de calme béatitude ! Le premier des malades dont il va être question nous montrera à quel point le bonheur peut coexister avec la ruine du corps et de l'esprit. Le second nous prouvera l'illusionnisme persistant, malgré l'affaiblissement de la motilité. Les deux derniers, enfin moins avancés dans leur maladie, manifesteront des états de joie calme coexistant avec une sereine apathie, un grand affaiblissement intellectuel, et une diminution marquée de la

1. Krafft Ebbing, *Traité clinique de psychiatrie*. Trad. Laurent, p. 674.
2. Kraepelin, *Introduction à la Psychiatrie clinique*. Trad. Devaux.

force motrice, sans aucun phénomène circulatoire que l'on puisse, d'après les connaissances actuelles, mettre en rapport avec leur euphorie.

Observation IV[1]

W... E... est un malade du service du Dr Pactet. Il est âgé de 48 ans. Il a déjà, l'année précédente, subi un internement dû à une crise d'excitation maniaque. Cette crise fit, de prime abord, penser à la paralysie générale. « Logorrhée avec niaiserie, projets, idées de richesse. » Il a eu la syphilis à 27 ans. Depuis 12 ans, il aurait souffert de douleurs fulgurantes. A cette époque, W... présentait, à côté d'une excitation intellectuelle qui est tombée depuis, plusieurs traits psychologiques et plusieurs symptômes particulièrement intéressants. L'optimisme, en effet, est déjà signalé, à ce moment, dans tous les certificats qui le concernent. Nous verrons qu'il a persisté à toutes les périodes de la maladie. Il s'associait déjà à une inaltérable expression de bonheur. W... présentait des phénomènes tabétiques et une légère inégalité pupillaire. Pendant le mois que dura son internement l'excitation intellectuelle disparut, mais non l'euphorie.

1. Observation personnelle, prise dans le service du Dr Pactet, 9 décembre 1907.

Remis en liberté, il est arrêté au mois de mai 1907 sur la réquisition d'un cocher dont il occupait la voiture. Il s'était dévêtu au cours de la route. Amené peu après dans le service, il se présentait avec un aspect euphorique, un sourire hébété. Sa démarche était ataxique. Il parlait, d'une voix lente et légèrement embarrassée, pour émettre des idées de richesse et de satisfaction absolument incohérentes. C'est le seul moment où, à proprement parler, il ait manifesté un délire, et encore ce délire était-il particulièrement pauvre et peu systématisé. « Il est riche, il a deux villas; il est tabétique, mais il se porte très bien. » Malgré la rareté des idées délirantes, on pouvait constater leurs contradictions absurdes. Il écrivait beaucoup. Les pupilles étaient en myosis, la pupille droite légèrement plus grande. Elles ne réagissaient pas à la lumière. Les réflexes rotuliens étaient supprimés, la parole était lente.

Depuis lors, la maladie a poursuivi son évolution progressive. Gâteux depuis le mois de juin, dément et ataxique, il abordait tout visiteur avec une physionomie aimable autant qu'heureuse. D'une politesse affectée, d'une douceur et d'une sociabilité extrême, il était prêt à approuver toute parole, qu'il la comprît ou non. Il réclamait — sans conviction — sa sortie pour aller soigner ses villas et se contentait du moindre prétexte pour accepter les refus

comme une promesse. On a pu pendant six mois lui dire tous les jours qu'il sortirait le soir même, sans qu'il se soit jamais fâché de la non-réalisation de cette espérance. Il commettait des actes absurdes ; il remplissait ses poches de papiers sales; il fit une tentative d'évasion en plein jour et devant ses gardiens, et il la répéta plusieurs jours de suite. Il restait toute la journée tranquille, l'air égaré et content, traînant dans la cour, les mains dans les poches, le pantalon défait, la chemise pendante.

Enfin l'ataxie, la démence et le gâtisme ont progressé à un tel point que depuis quelques jours, le malade est alité. Il est, d'ailleurs, parfaitement calme.

W... reste tranquillement couché, sans défaire ses couvertures. Parfois il se soulève à demi sur son lit. Un double othématome, causé par deux contusions légères, déforme son visage. La bouche est légèrement entr'ouverte, le regard inexpressif ; les deux paupières supérieures tombent légèrement sur l'œil, surtout la paupière gauche. L'expression de la physionomie est atone, indifférente, et cependant un sourire fugitif traverse encore souvent ce visage inanimé. Un léger tremblement agite les lèvres du malade. A de rares intervalles il parle spontanément. La voix est rauque, éteinte, lointaine, lente. Les syllabes sont séparées ; le ton est uniforme ; d'ailleurs les phrases sont toujours très

courtes. Lorsqu'on parle à W... sa physionomie se fait plus vivante ; un léger sourire se confirme sur sa face ; il tend maladroitement la main en répondant de sa voix sans intonation des mots presque toujours identiques : « Oui... Très bien... Content... La soupe. » Parfois, il saisit un coin de sa couverture, l'étend gauchement, puis la remet en place, semblant se préoccuper de ne pas défaire son lit. Ou bien il reste de longs moments le regard fixé devant lui, les deux mains derrière la tête.

Examen psychologique du sujet. — W... est absolument dément et tout à fait inconscient de sa situation. Il est dépourvu de toute notion sur la date : nous sommes en l'année 1909, 11 ou 12 ; le mois, il l'ignore, mais il m'informe que je pourrais l'apprendre si je veux demander un journal dans un café en prenant un verre de liqueur, une petite mominette. Il a, dit-il, 52 ou 42 ans. Il est né en 52 et 40 et 92, qui est l'année présente, etc... Il paraît exprimer la première idée qui se présente à lui, sans en être jamais choqué. Son délire — s'il peut être question de délire — n'est visiblement que l'expression de sa tendance à tout voir en bien et à s'occuper uniquement de choses agréables. Il se *laisse aller* à ne parler que des objets qui lui plaisent, c'est-à-dire, essentiellement, des objets alimentaires : « Aller à la Villette, demander madame W... cette après-midi, et qu'elle m'ap-

porte pour déjeuner, du vin, des raisins, du pain, et du café et du lait, et des raisins, et des petits bonbons-gâteaux. » Cette phrase est prononcée très lentement, avec difficulté, avec de grandes hésitations qui ne sont pas explicables seulement par la dysarthrie, car avant de tenter même d'exprimer toute nouvelle idée, W... s'arrête longuement. Ce rudiment de délire est tout entier dirigé par des images agréables. S'il a toujours été particulièrement pauvre et mal systématisé, il disparaît maintenant tout entier dans la démence, et l'on peut dire seulement que dans l'inconscience du vrai et du faux, certaines images prédominent qui s'affirment plus vives que celles du monde extérieur. Actuellement, toute l'activité persistante de W... se concentre sur des images ou des idées (?) relatives à la nutrition. Réveillé par son interlocuteur, il sourit aussitôt et se frotte les mains : « Vous êtes content ? — Très content. — Pourquoi ? — Parce que je vais manger la soupe et ce soir la soupe. » Il est, à son avis, toujours l'heure de manger la soupe. Il la réclame avec insistance, pendant toute la matinée. Les images qui se rapportent à la nourriture s'associent moins difficilement que les autres. Toute conversation, comme celle qui a été rapportée plus haut, tourne vers sa préoccupation capitale. Et il continue tout seul : « Un verre de liqueur... une petite mominette... un bock de bière... un

demi-setier... aller dans un café prendre un demi-setier. »

Quelques idées de richesse surnagent encore. « Il paraît, dit-il, que j'ai sept ou huit propriétés à côté de Villejuif; c'est ma femme qui me l'a dit quand je suis venu, il y a quelques jours. » Il est riche. Il doit avoir dix maisons de commerce qui vendent du tabac.

Cette ébauche de *délire* s'éteint dans un esprit en ruines. L'*attention* spontanée ne se porte guère que sur les idées dominantes du sujet. Encore est-elle très faible. On ne peut plus parler d'attention volontaire. Les associations d'idées entraînent vite l'esprit du sujet vers des notions lointaines de celles sur lesquelles on voudrait fixer cette attention. « Savez-vous, lui dit-on, quelle heure il-est? — Quelle heure est-il? — Huit heures un quart. — Alors, répond W..., vous avez le temps... allez boulevard B..., demandez à M^lle^ K... un peu d'argent, et des oranges et des reines-claudes. »

La *mémoire* est aussi presque absolument détruite. W... vit uniquement dans le présent. Les souvenirs les plus irrémédiablement disparus semblent être ceux qui se rattachent à la période passée dans l'asile. Il est dans cette maison depuis « deux ou trois jours ». Il retrouve quelques souvenirs de sa jeunesse, dont plusieurs semblent d'ailleurs inexacts. Il présente aussi des troubles de la mémoire des mots, qu'il

cherche longuement, sans parfois pouvoir les trouver.

La fonction d'acquisition des souvenirs est singulièrement amoindrie. Nous énonçons devant le malade la série de lettres suivantes : V. K. D. R. P. Il la répète immédiatement. Au bout d'une minute et demie, il ne peut plus retrouver que V. R. P., qui se transforment, après une période de même durée en : V. E. P.

En somme c'est surtout la fixation des souvenirs qui est très faible et leur évocation profondément troublée. Néanmoins la fonction de conservation semble gravement atteinte, certains souvenirs anciens paraissant définitivement disparus.

Les formes les plus simples de l'*association des idées* dominent dans cette intelligence détruite. On a pu remarquer combien les associations par contiguïté et par ressemblance occupent dans son esprit une place prépondérante L'on a remarqué aussi, cependant, que la direction (involontaire) de la chaîne d'associations n'est pas indifférente. Elle ramène le malade vers ses idées favorites. D'image en image, il aboutit toujours aux images gustatives.

Malgré cette prédominance des fonctions d'association sur le pouvoir de synthèse, l'automatisme mental est particulièrement lent. Les images se succèdent très lentement, et le malade s'immobilise, pour ainsi dire, dans leur con-

templation. L'*imagination* reste très pauvre, et même les images d'aliments sont peu abondantes.

« Qu'est-ce que vous voudriez manger? — Des reines-claudes... un peu de pain d'épices, du petit gâteau... de tout ça... »

Les opérations intellectuelles sont à peu près réduites à ces associations. Le *jugement* se produit très rarement. Il est très simple, généralement inexact et guidé par les désirs du malade. Le *raisonnement* ne se produit pour ainsi dire jamais spontanément.

On lui pose, en termes très simples, le petit problème suivant : « Vous possédez 250 francs. Vous achetez un objet de 40 francs. On vous donne de nouveau 30 francs. Combien vous reste-t-il? » Réponses : « Il reste 150 francs. Il reste 240 francs... Il reste 280 francs... » On voit bien que W... dit le premier nombre auquel il pense. Les résultats sont toujours donnés d'une manière automatique, sans aucun essai de critique, quoique la parole soit lente. Que le résultat soit exact, inexact ou absurde, comme dans la troisième réponse, le sujet ne s'en aperçoit nullement.

W... *comprend* assez bien ce qu'on lui dit, à la condition que la phrase ne soit pas trop longue, sinon son attention fait défaut, et il revient spontanément à ses idées de satisfaction.

Les *émotions* et les *sentiments* ont subi une

involution aussi importante que les fonctions intellectuelles. L'euphorie du sujet se développe à l'abri d'une indifférence à peu près totale : W... ne reconnaît personne, n'éprouve d'attachement pour personne. La mort, la séparation d'êtres chers le laisse entièrement apathique. Il se souvient, cependant, des membres de sa famille; il en parle avec sympathie. Il ne souffre pas de leur absence; d'ailleurs il arrange bien les choses et décide qu'il les reverra bientôt. Il extériorise sur eux son orgueil niais : son fils est caporal. Il va le faire passer colonel : il connaît des députés de première classe, et, avec des recommandations...! Sa *bienveillance* s'étend d'ailleurs à tout le monde. Il est universellement aimable et poli. Il accueille tous ceux qui l'approchent d'un sourire amical et leur tend une main largement ouverte. Il cherche à leur dire des paroles aimables, et fait quelques efforts pour leur plaire. Il ne contrarie personne. Très *approbatif*, il est toujours de l'avis de celui qui parle, même s'il ne comprend pas ses paroles.

On a pu apprécier l'importance que prennent les sentiments d'orgueuil, de satisfaction personnelle, au milieu du désarroi de l'intelligence et de la sensibilité. La mélancolie, l'humilité, l'antipathie, tous les sentiments désagréables et restrictifs ont disparu en temps habituel. Néanmoins, dans des moments exceptionnels, nous

avons pu assister à quelques accès d'excitation avec malaise et colère.

Les *sentiments intellectuels* sont particulièrement atrophiés. Ils ont subi en outre la perversion générale des autres sentiments, si bien que ce sont les modalités de nature désagréable, telles que le doute et l'angoisse intellectuelle, qui ont entièrement disparu. Le sujet croit tout, admet tout, est certain de tout, sauf des certitudes qui pourraient lui paraître pénibles. Le sentiment intime de plaisir vient donner la force et la vie psychologique à un système d'images et d'idées que l'esprit ne sait plus critiquer.

Les *émotions* proprement dites (émotions-chocs) sont très rares, et presque uniquement agréables. Elles se ramènent presque exclusivement au plaisir que W... éprouve en mangeant : il se frotte les mains ; sa physionomie s'éclaire, et il se précipite goulûment sur son repas, en donnant tous les signes d'une joie très vive.

La seule émotion désagréable que W... semble connaître est occasionnée par la désillusion qu'il éprouve lorsqu'il attend un aliment qui lui est refusé. Mais l'inquiétude passagère qu'il éprouve à ce moment semble bien moins intense que la joie du désir satisfait.

Ces très simples désirs remplacent la *volonté* détruite. La synthèse volitive est encore plus ruinée que la synthèse intellectuelle.

Les *habitudes* et les *mœurs* du malade sont en rapport avec ses troubles profonds de l'intelligence et du sentiment. Quand il pouvait encore marcher, il remplissait ses poches de vieux papiers et d'ordures. Il est gâteux. Parfois même il a barbouillé les murs avec ses excréments, et n'a su que sourire pour répondre aux reproches qu'on lui faisait de cette action.

Étude de la sensibilité. — La sensibilité est tout entière diminuée.

W... est un peu myope. Étant donné l'état démentiel du sujet, il est impossible de tenir pour exacts les résultats d'une évaluation plus préciser Le champ visuel est, ainsi, impossible à délimiter.

L'audition est assez bonne.

Pour la sensibilité cutanée, l'*analgésie* est à peu près totale, surtout au membre inférieur. On peut, à la cuisse, piquer profondément le malade sans qu'il accuse autre chose qu'un léger attouchement. On peut aussi pincer très vivement la peau du bras sans amener aucune réaction.

Le sens de la forme des objets reconnus au contact (stéréognosie) est assez bien conservé, quoique diminué dans sa finesse, autant que l'état mental du sujet permet de le reconnaître.

Le sens du poids des objets est très affaibli. W... fait de grossières erreurs dans l'appréciation des différences de poids.

Le sens de la température est mieux conservé. La démence profonde du sujet rend impossibles des mesures précises.

Le sensibilité gustative est profondément atrophiée. Pour W... tous les aliments sont également bons.

L'olfaction paraît aussi très faible. Il semble ne pas sentir la plupart des odeurs. Il ne les reconnaît pas et n'en est jamais désagréablement affecté.

La cœnesthésie est très certainement troublée. W... ne paraît nullement affecté des impressions désagréables que devrait lui donner son corps émacié. — Il n'éprouve aucun sentiment de faiblesse, et cet homme cachectique, qui pâlit lorsqu'il est debout, ne manifeste aucun sentiment de tristesse.

Il ne semble pas éprouver de sensations sexuelles.

Étude de la motricité. — La force musculaire est très diminuée au membre supérieur, dont les masses musculaires sont d'ailleurs atrophiées.

Les jambes sont grêles. Le malade ne peut se tenir debout. Il s'effondre sur le côté. Lorsqu'on le soutient, il présente une démarche ataxique, lançant le pied en avant et le portant trop haut. La démarche est en outre saccadée et tremblée. Le tremblement existe souvent aussi au membre supérieur.

Tous les mouvements sont mal coordonnés. La parole est très lente, hésitante. La dysarthrie est légère.

Réflexes. — Les *réflexes rotuliens* et achilléens sont abolis. Les réflexes radiaux et des extenseurs conservés. Les *réflexes cutanés* (crémastérien et plantaire en particulier) sont au contraire particulièrement vifs. La *pupille* droite est plus grande que la pupille gauche, en myosis. Elles *ne réagissent pas* à la lumière.

Etat organique. — Respiration, circulation, etc. — La respiration est calme et tranquille.

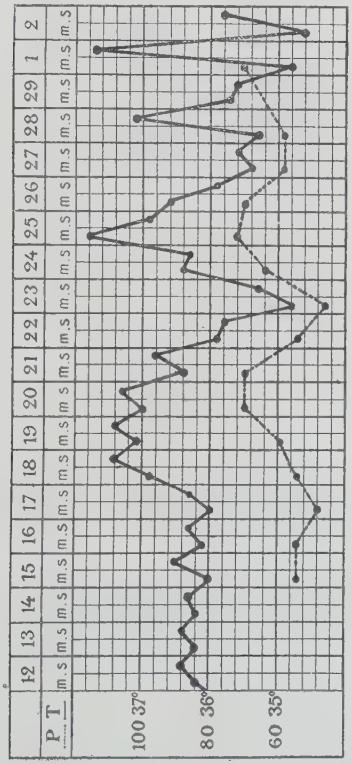
Le cœur bat lentement, le pouls est à la fois petit et dur (artério-sclérose).

Le pouls bat le plus souvent 65 *pulsations* à la minute. Depuis très longtemps la *température*, qui présente d'ailleurs de grandes oscillations, se maintient en dessous de la moyenne : elle varie généralement de 36° à 37°; elle est tombée, le 23 février, jusqu'à *34°8*. La courbe représentative du nombre des pulsations suit dans son ensemble celle de la température. Le même jour, le nombre des pulsations était tombé à 48. (Voir ci-contre le tracé de ces deux courbes pour les 20 derniers jour de sa vie, période pendant laquelle il a exprimé une particulière béatitude).

La *nutrition* est très mauvaise. Le malade, qui mange beaucoup, est diarrhéique. Il est très amaigri et s'émacie de jour en jour. Il a

présenté des escarres qui ont momentanément disparu.

Le malade urine beaucoup.


12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 1 2
m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s m.s
P T
100 37°
80 36°
60 35°
Pouls . . 56 . . . . 70 . . . 48 . . . . . mort
Pouls dépressible, lent, euphorie, optimisme.
—— Température.
..... Pouls;

Résumé de l'observation : état de satisfaction. — Un état de douce satisfaction est donc presque constant chez le malade. Comme il parle fort

peu spontanément et qu'il fait un très petit nombre de gestes, lents et maladroits, c'est surtout sa physionomie, hébétée, calme et heureuse, illuminée très souvent d'un sourire béat, qui exprime sa joie intime. La bouche s'entr'ouvre et s'élargit, le pli naso-labial s'accentue, la commissure des lèvres s'élève, quelques plis se dessinent en arrière de l'angle externe de l'œil.

La parole est lente et maladroite avec une intonation uniforme, comme interrogative, le ton se relevant à la fin de la phrase. Nous avons vu quel était, presque toujours, le thème de ses paroles, et comment elles traduisent l'euphorie du sujet.

Cet état de satisfaction béate, à peu près constant, a été cependant entrecoupé de quelques périodes d'agitation et de malaise. L'état de satisfaction s'est montré indépendant de l'élévation de la température vers la normale, de la plus grande fréquence du pouls et de l'excitation intellectuelle.

On peut même dire que, d'une manière générale, les phénomènes d'excitation sont presque toujours accompagnés de malaise et d'inquiétude. Pendant les 20 derniers jours, où W... a été en hypothermie, il semblait particulièrement heureux. Il était tout à fait dément; il n'avait plus que quelques mots à sa disposition et son délire n'avait plus les éléments suffisants pour persister. Il avait de nombreuses escarres et ne bou-

geait plus de son lit. La courbe du pouls était basse comme celle de la température. C'est aussi à cette période que notre sujet présentait l'aspect le plus béatement et le plus constamment euphorique.

Quelques phénomènes de joie active, quelques paroxysmes viennent cependant troubler ce calme. C'est essentiellement au moment des repas. W... se frotte les mains, s'agite, son œil brille un peu, puis il se met à manger goulûment.

Quand on vient le voir, il fait parfois un léger effort pour se lever; il tend la main, un large sourire niais et amical découvre ses dents, ses paupières se ferment à demi, et toute la figure est éclairée par une expression de plaisir.

Nous avons remarqué que les idées de satisfaction étaient assez constantes, dominantes, mal systématisées et généralement absurdes, quoique l'imagination fût trop faible pour que l'on puisse parler d'un véritable délire. Cependant certaines idées sont bien nettement délirantes, telles que celles qui ont trait à ses prétendues propriétés et aux grades de son fils. Elles paraissent avec évidence secondaires, exprimant seulement l'état de satisfaction du sujet. Nous avons vu avec quelle facilité W... néglige tous les phénomènes désagréables, et accepte les possibilités, et même les impossibilités, qui lui apparaissent sous d'aimables couleurs; nous avons vu ainsi comme la chaîne des

associations l'entraîne toujours vers ses pensées favorites, et pris, pour ainsi dire, sur le fait, la formation des idées délirantes, ce que rendent particulièrement aisé son état démentiel et la pauvreté de son imagination.

L'on ne saurait trouver, habituellement aucune trace d'excitation intellectuelle. L'état de W... est aussi loin d'un état maniaque qu'il peut l'être d'un état mélancolique.

Nous avons remarqué aussi que ce rudiment de délire se formait autour d'un très petit nombre d'idées ou de sensations dominantes :

Quelques idées attachées au plaisir physique : faim, gourmandise;

Quelques idées de satisfaction personnelle et d'amour-propre : au physique sa force, son adresse; au moral son intelligence, sa politesse; au point de vue social, sa richesse.

Quelques idées s'étendant à sa famille, telles que les idées d'ambition ayant trait à son fils;

Le sentiment de plaisir qu'il paraît tirer du commerce de ses semblables, sa sociabilité, son amabilité.

Ce malade s'est profondément cachectisé, et il est mort le 2 mars 1908. *Il a souri pendant son agonie, très douce, et jusqu'à sa mort; et l'on a pu constater, à l'autopsie, que le cadavre portait encore, sur sa face, les traces de ce sourire.*

Tel est le cas de cet individu, qui, couvert d'escarres, cachectique, dément, et sans aucun

phénomène d'excitation intellectuelle, ni d'augmentation de l'innervation motrice, fort diminuée au contraire, a présenté, jusqu'à la mort, un état de douce et béate satisfaction.

L'observation suivante, qui nous a été fort aimablement donnée par le docteur Courbon, médecin adjoint à l'asile de Rennes, peut, jusqu'à un certain point, être mise en opposition avec l'observation précédente.

Il s'agit, en effet, d'un de ces paralytiques généraux qui présentent une joie active, accompagnée d'une grande excitation.

Mais son incoordination motrice et sa cachexie croissantes, qui se développent de pair avec son euphorie, nous permettent de retenir ce cas par contraste avec ceux qui font l'objet de cette étude. Il peut servir, en effet, à montrer que l'intégrité de la santé physique n'est nullement une condition nécessaire pour l'existence d'un sentiment agréable continuel.

Nous pourrons voir la fabuleuse disproportion qui existe entre ses prétentions et la réalité.

Observation V [1] (Avril 1906.)

Depuis son entrée à l'Asile, S..., paralytique général, âgé de 43 ans, présente des idées de

1. Nous devons cette observation à l'amabilité de M. le Dr Courbon, médecin adjoint de l'Asile de la Charité, qui l'a prise à Villejuif dans le service de M. le Dr Pactet.

grandeur relatives à sa constitution physique, qui, pourtant, est plutôt misérable : il est très amaigri, et porte un abcès froid dans la fosse iliaque gauche.

Il se sent très fort, ses muscles sont de l'acier, il briserait du fer. Il saisit par le bras malades et infirmiers pour leur prouver sa force ; il pourrait, dit-il, soulever 800 livres. D'ailleurs, s'il demande à sortir, c'est pour aller lutter aux Folies-Bergère.

Il vante aussi sa beauté physique : « On dit que je suis un beau garçon : je suis un enfant de l'amour. J'ai eu des quantités de maîtresses : toutes les femmes que je voulais, je les avais. Je ne sortais jamais autrement qu'en chapeau haut de forme, avec des souliers vernis. A 20 ans, j'ai fait la noce avec mon pays L... qui, depuis, est devenu garde des sceaux. »

Quant à son intelligence « il était un excellent ouvrier, gagnait 10 ou même 16 francs par jour quand il s'occupait à fabriquer des chaussures pour les grands magasins. Il prenait la parole dans les réunions politiques : il faudrait, disait-il, un bon avocat pour me tenir tête. Je ne connais pas les articles du code, mais j'aurais la langue aussi bien pendue que lui ».

Il est très fier de ses talents artistiques, prétend avoir une superbe voix de ténor ; il fréquentait d'ailleurs, dit-il, l'Opéra et l'Opéra-comique.

Il ne tarit pas d'éloges sur la manière dont il fait, au billard « des séries de 10 à 20 points, tous très élégants ».

Il se fait tous ces éloges avec une exubérance de gestes et de paroles qui font la joie des autres malades, remue bras et jambes, court de l'un à l'autre, et a des jeux de physionomie que rend encore plus expressifs la broussaille de ses sourcils et de ses moustaches. Son langage est renforcé par les expressions de l'argot le plus énergique et les jurons les plus sonores. Ses camarades lui avaient donné le surnom typique de Rocambole.

Il semble que des sensations cœnesthésiques viennent commander sa joie : tous les avantages qu'il se reconnaît, il les explique « par la force du sang ». « Je me sens fort, dit-il ; mon sang est turbulent, pétillant ; je vivrai jusqu'à 150 ans, et j'engraisse de 1 livre par jour. » Ce disant, il se donne de formidables coups de poing dans la poitrine.

Les idées de richesse exagérées qu'il avait présentées au début ont disparu. « J'ai 3000 fr. d'économie au Crédit Lyonnais, dit-il ». Il nie avoir raconté qu'il était millionnaire. « Peut-être, ajoute-t-il, depuis que je suis interné m'est-il sorti un lot, car j'avais des valeurs à lots. »

Il ne présente pas de troubles de l'orientation ni de la mémoire. Il sait bien où il se trouve

et quelle est la date. Si on l'interroge à ce sujet : « Mais, dit-il, vous me prenez pour un *loufoque*. »

Il sait parfaitement la date de son entrée à Sainte-Anne et à Villejuif[1] . . . . . .

Il raconte qu'il fut enfermé par un agent de police de son quartier avec lequel il avait coutume de boire et qui, sous prétexte de lui offrir « une tournée », l'emmena à Sainte-Anne. Il voulait prendre la succession d'un marchand, sur la porte duquel il gravait l'inscription : « *Fermé jusqu'à demain,* » lors de son arrestation. Il avait l'intention de vendre à demi-prix, et de faire le bien, en gagnant lui-même sur la masse des acheteurs.

Les *sentiments* paraissent profondément troublés. Quand sa maîtresse mourut, il y a de cela quelques mois, il demanda sa sortie pour aller régler sa succession, mais il ne la pleura pas le moins du monde. Cependant il disait l'aimer.

Il ne semble pas avoir présenté à ce moment de troubles notables des sensations.

Quelques défauts d'élocution sont dus à l'insuffisance dentaire ; il n'y a pas d'accroc pendant la prononciation des habituels mots d'épreuve. Les pupilles sont en myosis. La pupille droite est un peu plus grande. Elles ne réagissent pas à la lumière. On n'observe pas de tremble-

1. Cette observation n'est pas donnée *in extenso*, certains détails, fort intéressants en eux-mêmes, ne concernant pas le sujet de cet ouvrage.

ments de la langue. Le malade a de l'asymétrie faciale. Il est amaigri.

Les troubles de la marche apparaissent depuis huit jours — le malade festonnait et titubait en marchant. Ses camarades se moquaient de sa démarche cérébelleuse et lui disaient qu'il était ivre. Quant à lui, il réclame des chaussons, prétendant qu'il est gêné par des souliers trop grands.

Le 24 avril, au réveil, en descendant du lit, ses jambes se dérobent sous lui, il tombe à terre. On essaya, mais en vain, de le remettre sur pied, et on dut le recoucher, à son grand désespoir : « C'est-il possible, criait-il, un homme fort comme moi, un hercule, ne plus pouvoir marcher! C'est l'excès de force qui me paralyse, nom de Dieu! »

A l'examen, pratiqué d'abord sur le malade *couché*, on ne constate pas d'atrophie musculaire[1]. La force musculaire est conservée[2]. Le malade oppose une résistance suffisante, pour son âge, aux efforts que l'on tente sur ses membres inférieurs. Il peut accomplir tous les mouvements qu'on lui ordonne.

L'*incoordination* des mouvements est très marquée, surtout lorsqu'on lui demande de placer le talon d'un côté sur le genou du côté opposé.

1. Contrairement à ce qu'on observe chez la plupart de nos paralytiques béats.
2. *Ibid.*

On remarque d'autre part que la *station assise* est possible. Il ne peut conserver qu'en s'appuyant la position à *genoux*. *Debout*, le malade doit être soutenu par deux aides. Dans cette situation, il lui est néanmoins impossible de maintenir son tronc sur le même axe vertical que ses pieds.

Ainsi soutenu, quand on le fait *marcher*, on constate les modifications suivantes : le malade regarde ses jambes, qui se dérobent sous lui; puis il les lance à vide, comme un enfant esquissant ses premiers pas, ensuite il pose le pied par terre, mais en talonnant et en festonnant; par intervalles, ses jambes s'entre-croisent; quand le malade arrive au bout du dortoir, ses mollets frémissent...

Quand le malade n'est pas trop fatigué, on peut en lui tenant les deux mains, en reculant soi-même, lui faire exécuter quelques pas après lui avoir fortement recommandé de diriger son regard au loin et non sur ses pieds.

La marche à quatre pattes n'est guère possible : il roule bientôt à terre. Il n'a pas d'éblouissements, ni de céphalée. « C'est la faiblesse, dit-il à d'autres moments, qui m'empêche de marcher. »

Sensibilité[1]. — En dessous de l'ombilic la *sensibilité à la piqûre* est émoussée. Elle ne semble

1. Comme on peut le voir, des troubles atrophiques de la sensibilité se sont vite produits.

abolie qu'au milieu de la moitié droite de la région périnéale. La *sensibilité au froid et à la chaleur* est conservée — *Le malade, dans son impétuosité à exécuter les mouvements qu'on lui prescrit, se heurte fréquemment les jambes sans éprouver de souffrance*[1].

Il se plaint d'avoir le dessous des pieds engourdi; et de sentir des picotements dans les jambes, le sang n'y circule plus, dit-il. Il a des crampes fréquentes aux mollets.

Sensibilité musculaire. — Le malade ne perd jamais la notion de la position de ses membres. Néanmoins il n'exécute les mouvements prescrits que d'une manière maladroite.

Les *réflexes tendineux* sont généralement *abolis*, en particulier le rotulien et l'achiléen. Il ne présente pas le signe de Babinski, ni de trépidation épileptoïde, le *réflexe crémastérien* est diminué.

Les fonctions sphinctériennes sont troublées. — Depuis quelques jours, S... est gâteux.

Examen organique. — S... présente des *signes d'artério-sclérose :* claquement au deuxième bruit du cœur et hypertension artérielle[2].

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles aux bases. Les *urines* et l'*appa-*

1. Comme la plupart des paralytiques euphoriques.

2. Cette hypertension, due à l'artério-sclérose ne nous semble pas devoir être invoquée pour expliquer la joie, car elle est fréquente chez les vieillards, même chez ceux qui sont mélancoliques.

reil urinaire ne semblent offrir rien d'anormal, l'*appétit* est conservé, et la *langue* est bonne.

. . . . . .

1er Mai. — Depuis deux jours, le délire des grandeurs qui s'était apaisé a augmenté de nouveau. Le malade, plus exubérant, se sent plus fort que jamais; il menace de briser des barreaux de fer pour le prouver. Il veut acheter une voiture pour se promener lui-même avec ses bras vigoureux. *Il se plaint* de trembler depuis deux jours; et de fait, il verse par secousses sur ses moustaches le liquide qu'il porte à ses lèvres.

4 août. — Il se plaint amèrement d'être laissé au lit au lieu d'être porté dehors.

« Un homme puissant comme moi, dit-il, a besoin de millions de mètres cubes d'air pur pour respirer. » Cependant, sa relégation au milieu des gâteux a un peu tari sa verve, ses compagnons de dortoir étant incapables de l'éveiller. Toutefois, au bout de quelques instants de conversation, il reprend vite sa bonne humeur : Dès qu'on lui aura rapporté les sommes qu'il a déposées au Crédit Lyonnais, et dont les intérêts accumulés doivent atteindre des chiffres fantastiques, il offre au médecin un dîner magnifique chez un des plus grands restaurateurs parisiens, avec des femmes.

Quand on lui fait remarquer son impotence, il dit avec suffisance et en jouant, que la science

est si avancée maintenant qu'on fait des jambes automatiques; en sortant d'ici, il se fera conduire rue de l'École de Médecine et pour 100 fr. en achetèra une paire.

. . . . . .

Il s'agit, en somme, dans l'observation du docteur Courbon, d'un malade qui présente un état de considérable satisfaction, accompagnée, le plus souvent, d'excitation et de joie active et sans que l'on ait noté, chez ce malade, au début du moins, d'atrophie musculaire. Néanmoins, son ataxie progressive, dont il se rendait bien compte à la fin, son affaiblissement sensoriel et la ruine de sa santé ont été de pair avec l'augmentation de son euphorie morbide.

Les deux malades dont les observations suivent présentent un état organique moins ruiné et un état démentiel moins accusé. Néanmoins l'affaiblissement intellectuel ne fait pas de doute, et ils s'acheminent graduellement vers la cachexie. Ils éprouvent, tous deux, en l'absence d'un véritable délire, un état de calme satisfaction et de niais optimisme, que n'accompagne aucune augmentation de l'activité végétative, motrice ou mentale.

Observation VI[1]

Hu..., journalier, âgé de 32 ans, est placé à l'Asile, le 15 mai 1907, à la suite d'un certificat de son médecin qui constate des troubles cérébraux à marche progressive, caractérisés surtout par de la mélancolie. Un certificat fait à l'asile Clinique atteste l'affaiblissement des facultés mentales, l'apathie, l'inégalité pupillaire et quelques accrocs de la parole. A son arrivée à Villejuif, le 9 juin 1906, dans le service du Dr Pactet, ce malade présentait une attitude déprimée, stuporeuse ; il répondait lentement, avec difficulté. L'attention paraissait très faible. Le malade était apathique et indifférent. Les opérations intellectuelles étaient évidemment ralenties ; les images et les idées extrêmement pauvres. Hu... disait être à l'asile pour une convalescence, et se souciait fort peu de cette particularité. Il était content, se trouvait bien, et pour le reste ne s'en inquiétait nullement. Les pupilles étaient inégales. La droite était la plus grande. Elles réagissaient mal. Le diagnostic de paralysie générale fut posé par le docteur Pactet.

Depuis 10 mois qu'il est dans le service, Hu..., n'a présenté aucun changement important. Le

1. Observation personnelle, prise dans le service de M. le Dr Pactet (1907-1908).

ton affectif a peu varié, quoique l'optimisme soit allé en progressant. On n'a pu mettre en lumière aucune idée délirante, mais sous ce masque d'*impassibilité euphorique* la démence semble avoir progressé.

Hu... se tient presque toute la journée immobile, la tête un peu baissée, les bras au corps, les mains étendues le long de la couture du pantalon. Il est de taille moyenne, un peu gros; la face est assez colorée. L'expression de la physionomie est celle d'un *ahurissement heureux*, le regard est fixe et vague à la fois, inexpressif; les traits sont détendus, cependant *un demi-sourire* entr'ouvre souvent la bouche, dont *la lèvre inférieure pend un peu*. De temps en temps, le malade fait un signe approbatif. Dès qu'on lui parle, il incline la tête de haut en bas, dit, d'une voix assez brève: « *Parfaitement, très bien!* », cependant qu'un large sourire dilate surtout la partie inférieure de son visage. Les yeux, les paupières et les sourcils participent généralement peu à ce sourire. Parfois une simple fossette se creuse derrière la commissure buccale, et la physionomie exprime une *joie passive et apathique*. Il serre la main, incline la tête, retombe dans son immobilité. Il répète volontiers, d'une manière approbative, et comme en écho, les derniers mots que lui adresse son interlocuteur : « Aimez-vous être assis? — Assis. — Debout? — Debout. — C'est

plus fatigant. — Plus fatigant. — *Vous trouvez-vous bien ? — Bien. — Vous trouvez-vous mal ? — Non.* » Nous avons déjà noté cette réponse chez nos bienheureux apathiques.

Hu... n'exprime pas spontanément de *délire* ; mais quand on l'interroge, il arrive rapidement à justifier son optimisme par les réponses les plus erronées et les plus absurdes. — « Que ferez-vous en sortant d'ici ? — Je travaillerai. — Que gagnerez-vous ? — Je gagnerai quarante sous par jour. — Que ferez-vous de cet argent ? — J'achèterai une rente. — Avez-vous de l'argent ? — J'ai une maison, 26, rue Del..., oui, parfaitement, j'ai une maison... — De six étages ? — Oh oui, six étages, il y en a de belles..., les portes sont numérotées ; c'est épatant ! Moi, c'est le n° 4, la porte, il y a une armoire à glace, c'est chic !... — Êtes-vous locataire ou propriétaire ? — Propriétaire, j'ai touché les quittances de loyer. » Il est en réalité locataire d'une petite chambre dans cet immeuble. Le lendemain, d'ailleurs, il a rabattu de ses prétentions, et déclare qu'il n'est, en effet, que locataire. Il n'en est, du reste, pas moins content : « Il y a un concierge... c'est une maison très bien ! » Tout cela est dit avec lenteur, d'une voix monotone, endormie ; il n'y a pas d'embarras de la parole. La physionomie reste impassible.

Hu... a bien manifesté quelques idées hostiles vis-à-vis d'un autre malade qui le taquinait

souvent. Ces idées n'interrompaient pas son euphorie. Elles étaient à peine délirantes.

Il ne connaît pas le lieu où il se trouve. Nous sommes à Paris. Nous sommes dans un asile. Ce n'est pas un asile d'aliénés. Nous sommes en l'année 1900. Hu... ne sait pas à quelle heure il se couche. Il ignore l'heure des repas. Tout cela lui est indifférent : « Pourquoi êtes-vous à l'hôpital ? — Je ne suis pas le seul. — *Êtes-vous donc malade ? — Oui.* — Qu'est-ce que vous avez ? — Je ne sais pas. — *Vous portez-vous bien ? — Très bien, très bien. — Est-ce que vous êtes malade ? — Non, je ne suis pas malade.* »

L'attention est visiblement troublée. Hu... s'absorbe pendant quelques instants dans la contemplation d'un objet quelconque, puis son regard devient vague, il murmure parfois quelques mots, hoche la tête, sourit. L'attention volontaire est de très courte durée. Au bout d'un instant, Hu... s'absorbe dans une attitude stupide, ou se laisse détourner par de nouvelles idées.

La *mémoire de fixation* est des plus faibles. Après trois minutes, Hu... ne se souvient que d'un chiffre d'une série de cinq qu'il a répétée deux fois. Hu... garde quelques souvenirs récents. Il se souvient qu'il a été interné il y a un an environ. Des événements qui se sont déroulés depuis son internement, il garde peu de notion et donne très peu de renseignements sur son en-

tourage actuel : « Comment s'appelle le médecin chef du service? — Je ne me rappelle pas; ah! le chef de service... ou les veilleurs de nuit? C'est ça. » Ces troubles de la mémoire paraissent en grande partie se rapporter à son incapacité de fixer son attention. Cependant, il faut noter, en outre, une amnésie rétrograde assez marquée. Hu... ne se souvient pas de la date de sa naissance, de son service militaire, etc...

La pauvreté du délire a pu nous faire juger de la *faiblesse de l'imagination*. La confirmation expérimentale de cette infirmité de la fonction des images est facile à produire : Hu... ne saurait décrire l'objet le plus simple de manière à ce qu'on puisse se le représenter.

Les *associations d'idées* se forment par contiguïté, par ressemblance, en des chaînes qui ne sont presque jamais interrompues par l'intervention de formes logiques supérieures.

Ces associations, qui ne sont cependant gênées par aucune opération de synthèse supérieure, sont lentes et rares. Par exemple, laissons le sujet à lui-même après avoir suscité une réponse : « Savez-vous compter? — Oui, je sais compter. . compter des comptes... » et après un moment de silence il reprend : « Là-bas aussi on comptait des comptes... oui. »

Hu... émet parfois des *jugements* d'un ordre extrêmement simple. Il a entendu sonner : « On va venir, oui! » Il jette sa cigarette : « Là, elle

est fumée, c'est ça ! » Le *raisonnement*, lorsqu'il n'est pas provoqué, paraît n'exister qu'à un état tout à fait rudimentaire,

Il sait faire quelques *opérations d'arithmétique* élémentaire, qu'il exécute automatiquement. Il donne immédiatement le résultat. Il ne contrôle jamais. En cas d'erreur il ne se rend jamais compte de son absurdité. « Combien font cinq fois six ? — Trente. — Et cinq fois cinq ? — Dix. Si vous prenez cinq fois cinq pommes, vous obtenez...? — Dix pommes. — Voyons, combien de pommes obtenez-vous, en en prenant d'abord une fois cinq, puis encore une fois cinq, encore cinq, encore cinq, et encore cinq ? — Ça fait six pommes. »

L'*interprétation des sensations* est très lente. On entend chanter des oiseaux : « Qu'est-ce qui chante ? » demande Hu... Réponse : « Les oiseaux. — Ah! c'est ça, » reprend-il, et il s'arrête distrait. « Vous ne croyiez pas que c'étaient des oiseaux ? Quel bruit croyiez-vous donc entendre ? — Je ne savais pas. Il n'y a pas beaucoup de mouches, non, on n'en voit pas. »

Comme beaucoup de paralytiques généraux, Hu... paraît bien comprendre ce qu'on lui dit, à cause de son *approbativité*, très développée. On lit un fait-divers, une anecdote. Il approuve, suit de la tête, ponctue la lecture de réflexions, telles que : « Ah !... c'est malheureux... Oui, oui... ça ne m'étonne pas... Ils ont bien fait. »

Lorsqu'on lui dit de répéter cette histoire, il ne peut en grouper que quelques fragments incohérents, et montre qu'il n'a nullement su *comprendre*.

Des *émotions vives* ne se manifestent que très rarement : Hu... reste indifférent et insensible à tout ce qu'il l'entoure. Il vit dans une attitude figée que les phénomènes extérieurs ne viennent que très peu modifier. Les réactions sont rares. Cependant les émotions *de nature agréable* seraient plus fréquentes. Elles se produisent surtout lorsqu'on lui parle, lorsqu'on s'occupe de lui. Hu... incline alors la tête, il rit. Son visage déjà coloré, devient plus rouge.

Hu. est très *bienveillant*. Il manifeste sa sympathie au premier venu. Il sourit et approuve continuellement. Mais il ne faudrait pas s'égarer sur ce point : sous cette apparence sympathique, l'apathie est à peu près complète. Hu... n'est attaché à personne, ne connaît même personne. L'annonce d'un malheur arrivé à l'un de ses proches le laisserait absolument insensible. Il est en bonnes relations avec tous les malades, mais il n'a pas d'amis. Il ne demande, d'ailleurs, qu'à rendre des services qui ne nécessitent pas de grands efforts.

La *docilité* paraît aussi grande que l'*approbativité*. On parle, il approuve ; on ordonne, il obéit passivement. On marche, il suit.

Hu... approuve, d'ailleurs, le plus souvent, sans

comprendre, comme il obéit automatiquement, sans se rendre compte du but qu'on pourrait lui faire poursuivre.

Malgré sa profonde désorganisation psychique, malgré sa démence progressive, il a conservé. une politesse très exacte. Il est même un peu *maniéré*, recherchant l'emploi des formules de politesse, affectant les gestes convenus, les attitudes aimables. D'ailleurs il est *sale*, ne s'occupe pas de sa personne. Les infirmiers ont de la difficulté à lui faire porter des vestes propres. Il enfonce son béret jusqu'à ses oreilles. Il accomplit avec *passivité* les fonctions de la vie végétative. A la fois *docile et indolent*, il ne manifeste aucune spontanéité, demeurant des heures au même endroit. Depuis quelques jours, il a commencé à gâter. Il n'en manifeste aucune honte.

Etude de la sensibilité. — Avec le myoesthésimètre, dont nous avons déjà relaté l'usage dans les précédentes observations, une différence de 600 gr., 1 kg. étant le poids originel, est perçue à la limite. Le poids portait sur l'articulation de la phalangette et de la phalangine du 2e doigt de la main droite.

Avec des poids plus faibles, l'écart est plus grand. Ainsi 10 grammes sont à peine différenciés de 50 grammes (?)[1].

1. Ce résultat peut paraître en désaccord avec la loi de

Algésimétrie. — Sensibilité à la piqûre : Il faut piquer le malade jusqu'au sang pour qu'il accuse une légère piqûre.

Discrimination de deux piqûres : Sur le dos de la main droite, un écartement de *six centimètres* entre les deux pointes du compas n'amène pas la perception de deux contacts. Pour qu'il y ait perception de deux contacts, il faut faire, sur la main et sur l'avant-bras, deux fortes piqûres écartées de *20 centimètres!*

Sensibilité gustative : une solution saline à 1 p. 10 est reconnue : « C'est salé, dit-il; » une solution à 1 p. 100 n'est pas reconnue ; « C'est de l'eau, dit-il. »

La solution sucrée est reconnue à 1 p. 10. La solution amère est perçue à 1 p. 100 seulement (Sulf. brom. de quinine.)

L'odeur et la saveur de la menthe sont perçues mais non reconnues.

Osmiesthésimètre — Le camphre pur est senti. La solution à 9,1 p. 100 n'est pas sentie.

Ammoniaque : la solution A^4 de l'osmiesthésimètre employé (Toulouse et Vaschide) est sentie, mais non reconnue : « C'est du camphre, » a dit Hu...

Ether : la solution 4 n'est pas sentie.

En somme Hu... présente de très forts troubles de la sensibilité consistant en une diminution mas-

Weber. Mais nous sommes près du seuil, et le sujet est très distrait.

sive de l'acuité sensorielle, plus particulièrement exagérée pour la discrimination des contacts, le goût et l'odorat, et la sensibilité à la douleur.

Etude de la motricité — La *parole* est lente, sans intonation, monotone. On arrive parfois à déceler une légère hésitation.

La *démarche* est régulière, normale. Néanmoins, les mouvements sont un peu brusques, les demi-tours paraissent s'exécuter avec une certaine difficulté.

Hu... s'acquitte cependant assez bien de *mouvements relativement compliqués* qui ne nécessitent qu'une faible intervention de l'intelligence. C'est ainsi qu'il parvient parfaitement à boutonner sa veste, à la déboutonner, à boutonner et déboutonner son col de chemise. Il est plus difficile d'obtenir de lui qu'il enlève sa veste : il s'arrête pendant l'accomplissement de cet acte. Il n'éprouve ensuite aucun désir de remettre son vêtement, et, si on ne le prévenait, il partirait en le laissant sur la chaise.

Les *réflexes pupillaires* sont conservés à l'accommodation, ils sont faibles à la lumière ; les pupilles sont légèrement inégales ; la *pupille droite est la plus grande.*

Les *réflexes tendineux* (achiléen, rotulien, réflexes des tendons radiaux, des extenseurs) sont tous normaux ; peut-être cependant sont-ils un peu diminués. Le réflexe cutané plantaire est difficile à provoquer à gauche ; il est normal. A

droite, on peut noter une tendance à la réaction des doigts « *en éventail* ».

Etat organique. — La circulation est bonne; les battements du cœur sont normaux; le pouls est tranquille, d'intensité moyenne. Les artères paraissent un peu dures, le nombre des pulsations est de 76 à la minute environ, la face est un peu congestionnée, ainsi que les mains.

La pression sanguine artériolaire, évaluée avec l'appareil de Gärtner, était de 11^{c},5 au mois de mai 1908.

Le sang chassé de la peau de la région phalango-métatarsienne (3^{e} doigt), par une pression énergique du pouce, revient en 5 ou 6 secondes.

La *respiration* est normale et tranquille. Il y a 14 respirations à la minute. Les fonctions de nutrition sont bonnes et régulières,

Étude spéciale de l'euphorie du sujet. — Le bonheur de Hu... ne se manifeste guère spontanément que par une sorte de tendance au sourire, une *expression indéfinissable de joie intime.* Hu... ressemble constamment à un homme qui essaierait de réprimer le rire. Cette apparence donnait à sa physionomie, lorsque la démence était moins profonde, une remarquable expression d'idiotie. Dans cette physionomie à peu près immobile, sur ce visage apathique, quelques traits imperceptibles s'esquissent à peine. La bouche est un peu élargie, les yeux petits, le front déridé. La moindre incitation extérieure,

de quelque sens qu'elle soit, à moins qu'elle ne soit pas trop pénible, met en lumière cette euphorie permanente, toujours prête à se manifester.

La bonne humeur, l'approbativité, la sociabilité sont intimement liées à cette euphorie. Tout événement est le bienvenu. Toute société est bien accueillie. Qu'un objet tombe : « Tiens, il est tombé ! » dit Hu... ; et il sourit ! Il regarde le mur et voit un calendrier : « Tiens, c'est un calendrier, et nous sommes le 4 ! » Il rit. Il prend tout du bon côté et est heureux de parti pris.

Ce fonds inaltérable de satisfaction le conduit presque au délire. Il a tendance à tout interpréter en bien, et nous avons vu qu'il avait parfois quelques idées délirantes. Elles sont toutes caractéristiques d'un état de satisfaction, et paraissent nettement secondaires à cet état. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'idées de grandeur, quoique le malade arrive parfois à dire qu'il est propriétaire de sa maison. Mais il ne tient pas à cette idée. Il préfère remarquer que cette maison est belle, qu'il y a un concierge dans cet immeuble, comme il remarque d'ailleurs que le temps est beau et le service bien tenu. On a grand'peine à lui faire admettre qu'il pleut : « Il ne pleut pas, non, ce n'est pas le bruit de la pluie, c'est les branches des arbres. » On ouvre la porte, une forte averse tombe dans la cour et sur les toits. Il faut bien qu'il se

rende à l'évidence. Cependant : « Ah ! oui, dit-il, ce n'est rien, ce n'est pas de la pluie, c'est quelques gouttes qui tombent. » Quoique son optimisme s'étende ainsi à tout l'univers, ce qui le touche personnellement est interprété dans un sens encore plus beau. Quant à ses projets, ils sont assez médiocres. Il veut bien dire, lorsqu'on l'y pousse, qu'il gagnera beaucoup d'argent ; mais cette idée ne lui vient pas spontanément. Demandons-lui : « Voulez-vous sortir ? Que voulez-vous faire ? — Rester ici, si vous voulez bien. » répond-il. — « Vous trouvez-vous bien à l'asile ? — Très bien, oui, très bien. »

Voici donc un paralytique général, sans troubles somatiques très marqués, mais sans aucune trace d'excitation intellectuelle ni physique, présentant, malgré l'apparence, un état de profond affaiblissement intellectuel. Un sentiment de joie torpide, d'euphorie apathique est continuellement exprimé par ce malade, qui évolue doucement vers la démence terminale.

Observation VII[1]

La malade B... est en traitement à l'asile de Villejuif, dans le service de M. le Dr Briand. Depuis dix mois déjà cette malade, âgée de

1. Observation personnelle, prise dans le service de M. le Dr Briand (1909).

52 ans, présente des symptômes incontestables de paralysie générale. Son état spécial de satisfaction, joint à un affaiblissement démentiel notable et à des signes physiques très nets, ne permet pas l'hésitation.

La malade se présente à l'examen avec un *visage aimable et souriant*. Les cheveux sont généralement en désordre. Elle est de taille moyenne. Son attitude est tranquille à l'ordinaire. Parfois elle se met à marcher d'un pas tranquille et régulier, allant et venant dans la salle. D'autres fois elle reste couchée ou assise. Le visage est coupé de nombreuses rides. Malgré de petites rides horizontales, le front paraît lisse, les sourcils sont légèrement relevés. Le pli naso-labial est très accusé, et un léger sourire dessine presque continuellement un grand nombre de petits plis radiés, derrière l'angle externe de l'œil. La paupière supérieure est un peu relevée. La bouche est généralement fermée. Lorsqu'on examine la malade, sa physionomie s'éclaire, un large sourire s'accuse; la bouche s'entr'ouvre, le côté gauche du visage participe plus que le droit à cette expression. Il semble, au repos, que la malade soit continuellement sur le point de rire. Le geste est tranquille et assez bien adapté. La parole est calme et bienveillante. Tout exprime chez B... la cordialité et le plaisir. Ses paroles, comme sa mimique, traduisent *un optimisme énorme et tran-*

quille, qui se répand en des idées niaises, rares et mal systématisées.

Examen psychologique de la malade.—Les troubles de l'attention sont assez peu manifestes chez cette malade. Néanmoins ils existent, malgré la part que semble prendre le sujet à la conservation. Ce n'est là qu'un effet de son approbativité. En réalité, on s'aperçoit sans peine que B... est toujours distraite. Elle fixe son esprit sur un même objet et reste pendant de longues minutes dans cette calme contemplation. Parfois, plus rarement, elle se laisse aller au fil de lentes associations.

B... prétend posséder une très bonne *mémoire*. C'est là, comme on peut le voir, une assez forte illusion. Et d'abord au point de vue de la mémoire d'acquisition, les cinq lettres A.C.U.X.Z., lues à la malade et répétées par elle, sont devenues, dans son souvenir, après une demi-minute : « A.O.U.L.T.Z. ». « Je ne me les rappel e pas bien, ajoute-t-elle, mais, tout à l'heure, elles me reviendront, comme si je n'avais connu qu'elles pendant dix ans. » Après une minute et demie, invitée à répéter cette série, la malade prononce : « A.O.U.L.T.H.F.T.Z. » Et à la demande : « Combien y avait-il de lettres ? — Dix, je crois » répond-elle.

Autre expérience : la série de chiffres : 9.8.7.6.5 dont le rapport est si facile à constater est lue à la malade, sans qu'elle paraisse remarquer

leur progression descendante. On cause avec elle d'autres sujets ; puis, à la demande, elle répète infidèlement la série proposée : « 6.7.8. 9.6.5. » Une minute s'était écoulée. Et, après deux minutes, nous obtenons : « 5.6.7.9.7.6.5. » On lui demande si elle se souvient bien des chiffres dans l'ordre où ils ont été énoncés : « Mais oui, Monsieur. »

Elle paraît, en revanche, avoir une assez bonne mémoire des souvenirs anciens : si on lui demande dénoncer les noms de ses petites camarades d'enfance, elle nous en donne une liste assez fournie : Marie M..., Louise M..., Georgette R..., Louise C..., Adèle K..., Rose S..., Marie-Louise, Jeanne-Marie, une autre B... aussi...

Les *notions* historiques sont plus vagues. Par exemple, à la demande : « Qui était Napoléon III ?» elle répond assez bien que c'était « un empereur, marié avec la princesse *Ugénie* ». Elle sait qu'il vivait en « 55-56 ». Mais il ne faut pas lui demander les mêmes renseignements sur Louis XI si l'on veut obtenir une réponse correcte : « Ça, c'est maman qui était là. En 1828. Je crois qu'avant c'était Henri IV. » Même en admettant, ce qui est bien problable, que la malade n'ait pas eu une éducation très soignée, on peut bien supposer que cette réponse absurde est en rapport avec un affaiblissement intellectuel récemment acquis.

En revanche, si on l'interroge sur son métier,

elle répond, mais sans se presser ; elle a toujours tendance à énoncer de longues énumérations, qu'elle dit d'une voix lente et monotone : « Quel métier faisiez-vous? — Toujours fleuriste et feuillagiste. — Comment s'appellent les instruments dont vous vous servez? — Les outils. Emporte-pièce, cuvette, gauffroir, presse, emporte-pièce, papier, tige, laiton recouvert, éponge, plusieurs petits outils avec des petits crochets, petites boules, pinceaux, couteaux, limes, ciseaux, tournevis, clous carrés, petits clous, gros clous, bassines pour fondre le plomb, bougie pour l'éclaircir, du plomb, puis, de la résine ».

Cette série de mots est dite avec calme, d'une manière assez lente; (presque une minute). La malade, qui ne se met pas tout de suite à répondre, s'arrête difficilement dans sa monotone énumération.

L'*Association des idées et des images* n'est pas très rapide, quoique le sujet ne présente pas d'inhibition et que les fonctions supérieures (jugement, raisonnement) soient trop atrophiées pour pouvoir empêcher le jeu de ces associations et leur expression verbale. Aussi suffit-il de dire un mot avec autorité pour que la malade se laisse aller à répondre. Mais elle parle avec lenteur, ramenant tout à son métier. Les images ne sont ni riches ni abondantes. Par exemple, prononçons fortement le mot : « Fleur »,

elle répond : « Fleur et feuillage, oui, on achète beaucoup la couleur chez Dupuis. » Au mot « Main » elle répond : « Papier de soie, des mains, papier bleu, papier rose, papier cerise, tous les genres : thé, rosé, thé, blanc, thé, noir ».

Le mot « outil » a le privilège de provoquer de nouveau une abondante mais monotone et lente énumération analogue à celle qui est transcrite plus haut.

La malade n'est guère capable de *coordonner* des images pour décrire un objet. Elle se contente généralement, selon son procédé favori, de faire des énumérations. Voici, par exemple, comment elle décrit une table : « C'est la largeur de ça, et puis il y a des tiroirs des deux côtés, et puis des barres pour mettre les pieds, que l'on met sur la rampe de la table ; » et une maison : « C'est selon, il y a des appartements où il y a une cuisine, une entrée et une salle à manger, un balcon et un appartement, une terrasse. » Tout cela est dit lentement, tranquillement.

La malade émet quelques *jugements* sur les événements journaliers sans paraître dire de trop grosses bévues. De temps en temps, ses idées de satisfaction se manifestent dans quelque propos absurde. Le reste du temps la banalité de ses formules la préserve de trop évidentes erreurs.

Le *raisonnement* est des plus faibles, et

jamais la malade ne cherche à lui donner quelque force. « J'ai 22 ouvrières, dit-elle ; elles gagnent 12 francs par jour? — Combien donc dépensez-vous pour les payer? — Pour les payer? Ça leur fait 12 francs, par jour, non, ça leur fait plus que ça : 72. — Combien déboursez-vous par jour, pour les payer toutes? — Ça fait 28 francs ; les faux frais, je ne les compte pas. » — Les sentiments de sympathie et d'affection sont profondément troublés. L'évocation de la mort de son mari et de ses parents ne modifie pas un instant son euphorie.

Elle manifeste du plaisir à retrouver ses interlocuteurs ; mais c'est un sentiment fort banal qu'elle exprime, elle ne semble disposée à prendre de l'attachement pour personne.

Elle est toujours douce, bienveillante, prête à rendre service. Elle s'entretient avec les malades et leur demande parfois des nouvelles de leur santé. Du reste, le plus souvent, elle demeure dans la solitude, souriante et calme, se suffisant parfaitement à elle-même.

Elle ne se trouve pas mal ici, dit-elle, mais elle serait mieux chez elle, Elle ne parle d'ailleurs jamais spontanément de sa sortie, en faveur de laquelle elle ne tente aucun effort sérieux.

Elle n'a aucune préoccupation de nature religieuse ou philosophique, et c'est avec le plus grand calme et la plus complète indifférence qu'elle s'entretient de ces questions, sur les-

quelles d'ailleurs elle émet les idées les plus enfantines et les moins personnelles.

C'est à peine si l'on peut dire que la malade a quelques *idées délirantes*; certes, elle voit tout en bien et son affaiblissement intellectuel permet à cette disposition de se manifester par des jugements assez déraisonnables; mais elle appartient à cette catégorie de paralytiques généraux qui se contentent de peu, même dans leur délire, et ne se met guère en frais pour trouver des motifs d'être heureuse; encore faut-il provoquer ses confidences : « Etes-vous bien riche? — Oh, assez, pas malheureuse, j'ai 40000 francs à la banque, sans compter ce que j'ai, par jour : 20 francs, mes ouvrières gagnent 12 francs! — Etes-vous bien estimée? — Tout le monde m'aime bien. — Etes-vous charitable? — Oh, oui, je ne laisserai pas quelqu'un malheureux, je leur donnerai ce qui leur manque. »

« Vous n'avez pas une grande fortune? — Oh, non, assez pour moi. — Est-ce que vous avez de hautes relations? — Oh, oui, des nobles. — Et vous, êtes-vous noble? — Non, non, je suis pas noble, moi; j'ai même été élevée dans la rue; je travaillais ».

« Est-ce que vous vous portez bien? — Très bien, je bois bien, je mange bien, je dors bien. — Combien buvez-vous par jour? — 2 litres par jour. — Vous ne buvez pas 10 litres? — Ah, non, 10 litres, Dieu merci! » Cependant la parole est

indifférente, atone; le regard exprime la satisfaction. On voit combien nous sommes loin des déments paralytiques qui *millionent* et illustrent leur euphorie de rêves somptueux et incohérents!

L'étude de la sensibilité de cette malade est rendue assez difficile par son extrême suggestibilité. Toutefois l'on peut remarquer que la *sensibilité au contact* n'est pas trop diminuée. Elle perçoit un contact pour un poids de 0 gr. 10 appuyant sur l'aiguille qui est placée sur la pulpe de l'index droit. Elle accuse la *douleur* pour une pression de 525 gr. sur la surface striée de la tige du sphygmomanomètre de Bloch appuyée sur la peau du front. Elle distingue deux excitations différentes pour un écartement de 0,005 mm. entre deux pointes du compas. En revanche, elle est assez peu sensible aux *différences de poids*. Partant d'un poids de 10 grammes, il faut ajouter 5 grammes pour qu'elle accuse une augmentation.

La sensibilité *gustative et olfactive* est bien troublée. Une solution de 1 p. 100 de chlorure de sodium est à peine perçue. A 1 p. 10 cette solution est déclarée amère. Le chlorhydrate de quinine n'est pas reconnu.

Comme odeur, la malade n'est capable de reconnaître que celle de l'anis. L'ammoniaque à saturation est déclarée avoir une « odeur un peu forte ».

État somatique. — Cette malade jouit d'un *état*

somatique assez bon, bien qu'elle présente des signes manifestes de paralysie générale. C'est ainsi que les *pupilles*, qui *réagissent mal* à la lumière, sont *inégales*, la pupille gauche étant beaucoup plus dilatée que celle du côté droit. La malade est atteinte d'un *léger tremblement de la langue*, qui gêne d'ailleurs fort peu sa prononciation ; les *réflexes rotuliens sont légèrement exagérés* ; les réflexes radiaux sont normaux.

La respiration est normale, un peu superficielle. On compte 24 respirations à la minute. A l'auscultation, *les poumons* paraissent normaux. On ne remarque non plus *rien d'anormal* à l'examen du *cœur*.

Le pouls, dépressible, bat *74 fois* à la minute. *Les mains sont blanches ; la face est assez pâle*, il n'y a *aucun signe de vaso-dilatation capillaire périphérique*.

En effet, la *pression artériolaire*, prise à la main droite avec l'*appareil de Gartner* nous donne 7,75 à 8 cm. de mercure.

Sur l'artère radiale, le sphygmomanomètre de Bloch nous donne, comme pression nécessaire pour arrêter les battements, une pression de 375 à 380 grammes.

La réaction capillaire à une pression est lente (6 secondes, mais comme, d'autre part, la main est très blanche et que la malade n'est pas anémique, nous ne pouvons penser qu'à une forte

vaso-constriction habituelle — qui trouble la réaction.

Le *tracé du pouls capillaire*, pris avec le gant de *Patrizzi*, est faible (main droite).

Le *tracé du pouls radial*, pris avec l'appareil de Pachon, est assez net.

Nous n'avons pu faire qu'une seule autopsie, celle du corps de W... décédé pendant que nous l'observions. Nous ne décrirons pas en détail l'état de ses organes, dans ce travail uniquement consacré à l'étude psychologique et physiologique des béats. Disons cependant que son cerveau n'était pas particulièrement hyperhémié. En revanche les adhérences méningées, ainsi que les épaississements blanchâtres des méninges, étaient fort nombreux. Les ventricules contenaient une grande quantité de liquide qui s'est échappée dès l'ouverture du crâne. Le cerveau était très mou.

Ceci doit être dit pour combattre l'argument d'après lequel la pâleur des organes périphériques serait en rapport avec la congestion des organes centraux. Nous ne nions certes pas que le cerveau de W... n'ait reçu de nombreuses poussées congestives ; mais son état terminal était plutôt caractérisé par des lésions exsudatives et cicatricielles ; or c'est à la fin que W... a présenté le plus profond état de satisfaction morbide. Cette question de la congestion des centres

nerveux mérite, d'ailleurs, quelque examen.

En présence des phénomènes congestifs, si universellement présentés par les paralytiques généraux, qui sont le plus souvent euphoriques, en présence aussi des théories des élèves de James et de Lange, une hypothèse est venue, tout naturellement, à l'esprit de nombreux médecins : l'euphorie des paralytiques généraux est due, d'après eux, à l'augmentation de la circulation encéphalique. Cette hypothèse semble plus séduisante au premier abord qu'elle ne paraît solide devant la critique. En effet, d'assez nombreux paralytiques généraux, en particulier des malades de sexe féminin, présentent des états pénibles, traduits par des délires hypocondriaques ou des phénomènes de stupeur mélancolique. Sont-ils, moins que les autres, à l'abri de ces poussées congestives que la pathologie générale nous montre inséparables de toute inflammation? Non, car la méningo-encéphalite ne saurait être constituée sans qu'il y ait, au moins par moments, un afflux de sang dans les régions malades. D'ailleurs l'autopsie de ces malades, ne dénote pas moins de lésions irritatives et congestives que celle des euphoriques. D'autre part, nous l'avons vu, deux de nos sujets, W... et B... étaient particulièrement pâles. Mais les partisans de l'origine hyperhémique des phénomènes agréables objecteraient, comme nous l'avons laissé entendre plus haut, que cette

pâleur, que l'on pourrait mettre sur le compte d'une vaso-constriction périphérique, est liée à une vaso-dilatation organique ; et qu'ainsi la circulation de l'encéphale est augmentée du déficit de la circulation périphérique. Que dire alors des nombreux malades qui, comme Hu... présentent une évidente congestion de la face? Il faudrait donc admettre que leurs centres nerveux sont anémiés ; et cette hypothèse ne serait pas favorable à la théorie de l'origine congestive de leur sentiment de bonheur. Il est bien entendu que, dans toutes cette discussion, nous parlons du *sentiment agréable* en général, et *non de la Joie active*, phénomène plus complexe dans lequel rentrent de nombreux éléments organiques, et que ne présentent nullement nos béats. Nous croyons que les sentiments de Joie active, comme la plupart des émotions vives, sont en effet accompagnés d'une augmentation de la circulation, centrale ou périphérique. Ainsi, pour rester avec plus d'exactitude dans la matière de ce chapitre, faut-il distinguer le paralytique général en état d'hyperexcitation, colère ou joie, qui doit présenter l'état des maniaques et avoir, par conséquent, sa circulation augmentée, et le dément paralytique béat, qui *peut* avoir des phénomènes de ralentissement circulatoire.

Il est un autre point, plus psychologique, qui mérite aussi la discussion. De nombreux auteurs,

Régis[1] entre autres, ont parlé de la dynamie fonctionnelle dans la paralysie générale. L'augmentation de l'activité mentale ou organique dans cette maladie est un phénomène opposé, et tout à fait opposé, à ceux que nous décrivons. Mais rappelons que nous avons parlé de paralytiques généraux qui présentent, à une période spéciale de leur maladie, un symptôme psychique spécial, la torpeur béate; et ce que nous venons de dire du point de vue de la dynamique circulatoire est à répéter à un point de vue plus général.

Toujours est-il que ces hyperdynamies fonctionnelles peuvent être rangées sous deux aspects très différents. Le premier de ces aspects nous paraît surtout donné par M. Parant[2] qui, en 1887, faisait une étude sur la suractivité fonctionnelle dans la paralysie générale. Il s'agit dans ce travail, très évidemment, d'une suractivité réelle, ou considérée comme telle, et caractérisée par une augmentation de la mémoire, une meilleure direction des affaires, des modifications du caractère dans le sens d'une plus grande hardiesse, sans que cette hardiesse dépasse les bornes de la raison. Ces cas, qui existent sans doute, sont très rares. La deuxième conception,

1. Régis, *De la dynamie fonctionnelle au début de la Paralysie générale.*
2. Parant, *De la suractivité intellectuelle dans la Paralysie générale* (Annales médico-psychologiques, 1887).

plus répandue et s'appliquant à un plus grand nombre, à un très grand nombre de malades, est fort bien discutée par Garnier[1] : « La prétendue dynamie fonctionnelle, dit-il, qu'on a voulu voir dans cette dépense ataxo-psychique, ne masque qu'imparfaitement le fond véritable... instabilité, incoordination des idées. Elle ne saurait pas plus être comparée au déploiement d'une vigueur réelle que des mouvements choréiques, par exemple, ne sauraient être assimilés à une manifestation d'énergie musculaire ».

C'est bien l'état que présente l'un des malades cités plus haut, le malade S..., qui, par un parallélisme frappant, présente aussi des phénomènes d'incoordination motrice. Si sa vigueur, physique et morale, ne paraît pas notablement diminuée, c'est que les phénomènes d'*arrêt* ne se produisent pas et que ses moindres tendances ont une ébauche de réalisation, ce qui l'amène, au point de vue mental, à ses ridicules et incohérentes idées ambitieuses; comme au point de vue organique, quelque lésion inconnue amène l'ataxie des centres moteurs. Mais, pourrait-on dire, que c'est la conscience de son *hyperdynamie musculaire* qui lui donne un motif de bonheur? S'il était renseigné par ses sens sur l'état de son organisme, il ne saurait en constater que l'ataxie, et nous le voyons, au

1. Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 267.

contraire, *interpréter* ses échecs moteurs d'une manière bien amusante : « Je tombe de force », dit-il, *remaniant*, en quelque sorte, les données de sa sensibilité, sensorielle et cœnesthésique, dans le sens de son parti pris de satisfaction. C'est par ce point que ce malade nous a paru intéressant et c'est aussi parce qu'il est comme un *cas intermédiaire* entre les maniaques atteints de joie active et nos béats cachectiques. D'ailleurs sa santé physique est très mauvaise. Des troubles de la sensibilité, très marqués, ne lui permettent peut-être pas de s'en apercevoir; toujours est-il que le développement de sa maigreur et le progrès de sa maladie ne l'empêchent nullement de trouver que son organisme est aussi excellent que son esprit, dont il n'a pas une pauvre opinion.

Pour nos autres sujets, l'état psychologique et physiologique est bien vite classé. Presque toutes les fonctions (surtout les fonctions intellectuelles) sont amoindries; presque tous les processus (surtout les processus intellectuels) sont ralentis. En dehors de leur béatitude constante, on ne saurait trouver, dans la sphère de leur sentiment, qu'une universelle apathie. Leur motricité est à la fois diminuée, ralentie et incohérente. Ils s'acheminent par degrés vers la cachexie, le marasme organique, la décrépitude mentale. Leur sensibilité est émoussée comme tout ce qui est en eux. Et, sur ces

décombres, la Béatitude fleurit, comme si, par une suprême consolation, ces universels vaincus devaient recevoir la grâce d'une sereine Euthanasie!

CHAPITRE IV

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS LA DÉMENCE SÉNILE

Beaucoup montrent la vieillesse sous les plus sombres couleurs; ils ne veulent voir, dans le caractère du vieillard, que les plus fâcheuses modifications. Egoïsme, avarice, misanthrophie et pessimisme ne seraient que les moindres de ces défauts. D'autres (et Cicéron dans son traité « de Senectute » partage déjà cette opinion) voient au contraire dans cet âge le couronnement heureux d'une existence parfois agitée qui se termine dans le tranquille bonheur d'une résignation philosophique, dans la contemplation très douce, bien qu'un peu ironique, du tumulte passionnel qui fait la vie, et dont le vieillard est presque détaché. Et, ces deux opinions ne sont peut-être pas aussi contradictoires qu'elles le paraissent, rien n'étant plus variable que l'homme, surtout si on le considère sous son aspect senti-

mental. Chacun connaît l'esprit âpre et hostile de certaines vieilles gens; mais quel est celui, même parmi les plus violents détracteurs de la vieillesse, qui n'a été saisi par le charme de la paix sereine qui règne autour des têtes blanches? La vénération pieuse que, de tout temps et partout, les jeunes gens rendent à leurs aînés, ne saurait trouver une exclusive explication dans la plus grande expérience de ceux-ci, ni dans la force des liens familiaux. Nous pensons que l'aspect même de nombreux vieillards, manifestant leur tranquille bonté et leur conception, à la fois douce et haute, du monde où ils ont vécu, donne presque forcément à ceux qui les entourent le respect d'une humanité supérieure; non pas supérieure, certes, par les forces de production, physiques et morales, mais supérieure parce qu'elle est parvenue au dernier terme d'une évolution sentimentale qui, depuis l'enfance, se dirige dans le même sens : vers la domination des passions mauvaises et des impulsions bestiales, vers le calme et la sérénité. Chez ceux-là ne s'est produite aucune « involution » au moins au point de vue qui nous occupe, et nous sommes tentés de croire que si la force physique a rapidement atteint son apogée, si la vigueur intellectuelle trouve, *peut-être*, un *optimum* à un âge moins avancé, l'évolution sentimentale, au contraire, ne se termine *jamais*, chez certains individus *bien doués*. Cette réserve est nécessaire,

car la vieillesse est l'aboutissant normal de toutes les dégénérescence ; et peut-être est-ce par le grand nombre d'anormaux et de malades qu'il faudrait expliquer le grand nombre de vieillards dont l'émotivité est modifiée dans un sens antisocial. Et le meilleur argument que l'on pourrait donner pour cette thèse, c'est la constatation de ce fait que ces troubles du caractère sont surtout nombreux chez des vieillards malades, de corps ou d'esprit. L'hypocondrie, jointe à de vagues idées de persécution, est en effet fréquente chez les déments séniles, et souvent cette hypocondrie, parfois franchement délirante, est légitimée par quelque sournoise lésion organique. Mais, même dans la démence, les séniles sont loin de présenter tous des modifications de caractère d'une nature pénible ; quelques-uns s'épanouissent dans une sereine euphorie. Ball et Chambard disent, à l'article « Démence » du *Dictionnaire encyclopédique* : « A cette période terminale ou cachectique, toutes les facultés... sont effacées... une ruine d'oubli s'étend sur elles. » C'est alors que surviennent les ultimes modifications du sentiment chez le dément sénile : « Ses sens définitivement endormis, ses facultés affectives nulles le mettent, dit Maudsley, dans cette indépendance des passions qui est l'idéal des philosophes. » De nombreux auteurs ont constaté, dans les psychoses démentielles de la vieillesse, une tendance

marquée à la production d'idées ambitieuses [1]. M. Régis, au Congrès de Bordeaux [2], a attiré l'attention sur un autre phénomène, bien intéressant pour le psychologue. Il s'agit des « Délires de rêve » de certains vieillards qui se laissent aller à d'agréables imaginations. L'un de ces malades « commençait à rêver tout éveillé. Lorsqu'il fut devenu tout à fait aveugle, il attacha une importance de plus en plus grande à ses songes ; et comme ceux-ci avaient toujours un caractère agréable et que ses ambitions les plus chimériques s'y trouvaient réalisées pour ainsi dire à souhait, il ne tarda pas à se complaire dans ces rêveries... Il en est venu par degrés à se créer une vie factice idéale à côté de la brutale vie réelle... »

Il « ne se lève qu'à midi, désireux de prolonger autant que possible la durée de son illusion. La rêverie se produit encore dans la journée, mais alors volontairement provoquée. Il garde l'immobilité. Ses traits expriment la satisfaction. Il est, en un mot, comme en extase... Lui-même appelle cela son sommeil éveillé. »

« Tous les soirs jusqu'à minuit, il entend un concert donné sous ses fenêtres par tous les oiseaux réunis, et il distingue parfaitement le chant du rossignol, celui de la fauvette, du pinson, du merle..., le nombre des exécutants

1. A. Pécharman, *Les psychoses de la vieillesse.*
2. Régis. Congrès de Bordeaux, 1895. *Les délires de rêve.*

est incalculable, puisque les oiseaux du monde entier se donnent rendez-vous dans son jardin...

« Sa petite propriété contient, dit-il, des richesses considérables... Le vivier est formé par des sources thermales, etc... » Notons tout de suite l'assimilation que fait M. Régis entre l'aspect de ce malade et celui des extatiques, son immobilité et son recueillement dans le ravissement de son rêve intime.

Le Dr Pacchantoni de Genève donne, du sentiment agréable chez le vieillard, une interprétation qui nous paraît très analogue à celle que nous avons proposée personnellement à la société de psychologie, au mois d'avril 1908, au sujet de la béatitude des idiots [1]. M. le Dr Pacchantoni, dit, en effet, dans un article paru dans l'*Encéphale*[2], au mois de juin de cette même année : « Si la résignation du vieillard est un état dépressif intellectualisé, la détente psychique qui l'accompagne, ou qui la suit, est un sentiment agréable... Aussi c'est par l'analgésie que différents auteurs s'expliquent l'euphorie du phtisique et du mourant. »

« Sans exagération, nous croyons pouvoir dire qu'il se fait dans la vieillesse normale une détente psychique accompagnée d'un sentiment

1. M. Mignard, *Un cas de béatitude*. Société de Psychologie, avril 1908.

2. Dr Pacchantoni, *La dissolution de la vie affective dans la vieillesse*. Encéphale, juin 1908

agréable et que la bonne humeur du vieillard est aussi indépendante des causes extérieures que l'humeur joyeuse de l'enfant... ; le *vieillard est heureux parce qu'il ne veut pas* [1]. » Le Dr Pacchantoni a-t-il voulu opposer nettement, en les plaçant côte à côte, la bonne humeur du vieillard et l'humeur joyeuse de l'enfant? Toujours est-il qu'on ne saurait mieux mettre en parallèle la calme béatitude du détachement et la joie active de la conquête du monde, qu'en comparant entre elles les modalités du sentiment agréable au début et au terme de l'existence.

Voici l'observation d'un premier malade, qui n'est pas précisément un vieillard, mais qui est atteint d'une involution présénile de ses facultés. Un délire bizarre et mal systématisé révèle ses idées de satisfaction. Il ne croit guère lui-même à ce délire dont il plaisante volontiers ; et, malgré les opinions mégalomaniaques qu'il paraît professer, il est et demeure un brave homme très modeste et très bienveillant, tout satisfait de son humble existence et bien peu exigeant à tout point de vue. Son attitude est essentiellement différente de celle du délirant chronique, qui essaie réellement de se donner les marques d'un roi ou d'un empereur.

1. Cette phrase n'est pas soulignée dans le texte.

Observation VIII[1]

L. K... est entré à l'Asile de Villejuif en l'année 1903. D'après les renseignements qu'il peut donner il aurait été arrêté dans la rue parce qu'il portait sur son bras un galon rouge « comme ancien premier soldat ». Il cherchait du travail. Il semble avoir mené une existence assez agitée. Il est actuellement âgé de 63 ans. Né dans un petit village de Bretagne, aux environs de Lorient, il a, dit-il, subi une enfance assez malheureuse; sa mère est morte lorsqu'il avait 13 ans. Il n'est pas allé à l'école. A 13 ans, il était berger; puis il a servi comme domestique dans diverses fermes. Il est allé travailler comme terrassier au canal de Suez, et il a contracté les fièvres paludéennes. Il n'a jamais eu la syphilis. Il est revenu en France à l'âge de 28 ans et a fait la guerre de 1870 comme engagé; il a combattu à Châteaudun et à Orléans. Il aurait obtenu alors la médaille militaire. Il a ensuite erré de ville en ville en travaillant souvent comme terrassier sur les lignes de chemin de fer. Son petit garçon (il s'était marié à l'âge de 35 ans et avait eu deux garçons et deux filles) est mort de la rougeole; sa fille du croup. Il lui reste encore un garçon et une fille. Il est

1. Observation personnelle, faite dans le service de M. le Dr Pactet (1907-1908).

resté sept ans à Lyon, où, dit-il, on ne voulait pas lui donner du travail à cause d'un procès. C'est en venant ensuite à Paris qu'il a acheté ce galon « comme général civil, parce qu'il avait fait la guerre nationale ». D'après le certificat qui le concerne, à cette époque il aurait présenté quelques idées de persécution mêlées à ses idées ambitieuses. L'affaiblissement des facultés intellectuelles était manifeste.

A l'Asile, cet affaiblissement intellectuel paraît s'être graduellement aggravé. Il a toujours été calme, sauf un jour (31 juillet 1906) où il a cassé des carreaux à la suite d'une contrariété. Il rend des services et s'occupe de jardinage. On le rencontre dans la cour du quartier, en train de ratisser ou de nourrir les animaux dont il s'occupe. Les autres malades l'appellent : « Le Général. » Grand, maigre, voûté, il prend lorsqu'on lui parle, ou à l'heure de la visite, une attitude militaire, les talons joints, les bras au corps, le rateau porté comme un fusil. Mais cette attitude est tout à fait dénuée de rigidité et d'énergie. Il porte sur ses manches des galons d'or. Un insigne bizarre orne le col de sa veste. Son béret est aussi bordé d'un large galon. Sur son gilet sont fixés de nombreux insignes : médailles, décorations, une petite lyre, etc... Il possède ainsi, étalées sur sa poitrine, 17 médailles, blanches ou cuivrées, entremêlées de nœuds de ruban rouge. Il porte quelquefois sur sa

tête un chapeau de feutre dur décoré de plumes blanches. Il parle en bredouillant légèrement et bavarde, *radote* assez facilement, mais sans précipitation. Il parle souvent lorsqu'il est seul, sur un ton uniforme. La voix tremble un peu.

Idées délirantes. — Lui demande-t-on la raison de son attitude et de son costume, il répond qu'il est général civil. Il l'est depuis qu'il est né. Sa mère voulait le laisser souffrir. Son père lui a dit qu'il verrait une guerre civile, et qu'il fallait se méfier des malfaiteurs. Ils sont morts, tous les deux, sur la fougère. Avant de mourir, le père lui a montré dans le ciel la route qu'il fallait suivre. C'est comme un rayon dans les étoiles. Ensuite il a vu les nuages combattre au ciel comme les hommes sur la terre. Depuis, dit-il, il fait rougir le soleil quand il veut. Parfois, il embrasse la terre ; la terre, c'est la mère, et il dit une sorte de mélopée : « Enterrer les arbres, déterrer les cadavres, enterrer le blé, enterrer les récoltes. *Credo in unum deum omnipotentem.* » Il prétend aussi avoir des rapports sexuels avec la lune, puis ça lui fait froid dans l'estomac. Il est le roi des p... Quand il était à Lyon, on le lui a dit. Du reste, lorsqu'il a des érections, tout le monde en a. D'ailleurs, il se rend parfaitement compte de sa situation : il était pauvre, dit-il, il n'avait rien. Il a cependant une excellente opinion sur ses qualités : il savait très bien monter à cheval ; il était très

fort. On ne pouvait pas le tromper. Il était un malin. Il aime beaucoup parler de ses prouesses sexuelles, et se complaît dans des termes très crus.

Après s'être perdu dans ces peu cohérentes divagations, il en revient à son sujet favori : Il touche la terre pour atteindre la lune ; alors il entend une *musique morale* dans les oreilles. C'est la respiration de l'eau douce qui dit : « Tue pas. — Touche pas. — Tue pas. — Touche pas. » (C'est ainsi qu'il interprète le battement des conduites d'eau et celui de ses propres artères.) Et voici d'autres divagations : C'est l'orgueil et l'avarice qui ont fait faire les chemins de fer, qui font les tremblements de terre. La femme a coupé la nature, et lui, il est là pour réparer tout le mal qu'on a fait ; il « garantit le mauvais temps ». Il coupe les nuages. C'est d'ailleurs le mal que font les hommes qui fait couvrir le temps. Pour arrêter ce mauvais temps, voici sa recette : il fait trois croix et dit un *Ave Maria* en marchant à reculons. C'est parce qu'il est un honnête homme qu'il a cette puissance. C'est Dieu qui la lui a donnée. Chaque homme a son étoile « à l'air ». Sa mauvaise destinée inspire à chacun les actes qu'il accomplit. Son étoile, à lui, c'est la comète : quand il est venu à Marseille, il y a eu une éclipse de soleil : C'est le soleil qui combattait avec la lune. Dieu c'est le soleil. Quand L. K... veut faire rougir le

soleil, il tourne les bras et les met en croix « comme Notre Seigneur Jésus Christ », et le soleil rougit. Il ratisse les cailloux en disant : « Air en haut, air en bas, B-U-BU, b-a-ba. » pour faire tomber de l'eau. Quand il arrose les rosiers, cela « fait tonnerre ». Et le tonnerre dit : « Plus de Prussiens en France ! » C'est la voix du peuple qui est « sur l'air ».

Voici ses opinions sur la fin des choses : A la mort, ou tourne en poussière, l'homme en serpent, la femme en vipère. L'âme s'en va au vent : il y a 14 mètres de respiration pour chacun. A la fin du monde, le soleil mourra. Mais lui, il restera avec la lune. Il montera sur une frégate pour « sauver ». Lorsque « la terre découvrira », il repeuplera la terre.

Ce sera pour renouveler le monde. Ils partageront les graines, ils sèmeront les grains. La mer aura changé de place. Tout cela, il le sait, parce qu'il entend la musique dans ses oreilles, qui lui dit : « Plus d'oiseaux dans l'air : Tu es parent de Bonaparte, fils de Joseph-Marie ! »

Telles sont les divagations qu'on obtient de lui sans beaucoup de peine. Il les dit sans effort, laissant s'écouler avec calme le flot lent mais ininterrompu des images. Il semble que son délire, dans ses grandes lignes n'est basé ni sur des hallucinations, ni sur des interprétations ; c'est une sorte de rêve facile, de jeu de l'imagination où L. K... se complaît. Du reste ses rêves

généralement érotiques, viennent porter leur appoint à ces incohérences délirantes. Il semble cependant qu'il y ait quelques hallucinations auditives, quoiqu'une analyse serrée les ramène presque toutes à des illusions ou des interprétations de bruits réels.

La *mémoire* paraît légèrement affaiblie, surtout pour l'évocation des événements récents. L. K... paraît, au contraire, avoir gardé un assez bon souvenir des événements anciens, dont il parle constamment. Il vit, peut-on dire, au milieu des images familières de son enfance. En revanche, il ignore le nom du médecin chef du service où il est placé. Lorsqu'on l'interroge à ce sujet, il détourne rapidement la conversation, et dit spontanément le nom de plusieurs médecins qu'il a connus autrefois. Il est absolument incapable de retenir et de répéter après deux minutes une série de quatre chiffres qu'il a vus et entendus, et sur lesquels on a appelé son attention, autant qu'il est possible.

En effet, ce trouble de la mémoire est intimément lié à des troubles de l'*attention*. Il est extrêmement difficile de la fixer sur un sujet actuel. L. K... répond évasivement à la question qu'on lui pose, et commence tout aussitôt à radoter, racontant de vieilles histoires incohérentes.

Les *idées*, et les *images*, comme nous l'avons vu, *s'associent*, par ressemblance et par conti-

guïté, avec une rapidité moyenne. La *synthèse mentale* paraît très faible, et nous assistons à un flux d'idées, mais bien plus calme et tranquille que celui des maniaques. Voici l'exemple d'une de ces chaînes où tout effort de coordination logique est absent : « Vous rappelez-vous les chiffres que je vous ai lus? — Moi, je ne m'occupe pas de ces bêtises-là... Tu blagues, moi, je ne blague pas... Compter et décompter... Quand tu comptes un hectolitre de froment, il faut après le décompter... Je n'ai jamais fait de tort à personne... Mon père me l'a dit en mourant. Il est mort sur la bruyère. Il avait trois petits jardins ; nous avons ramassé du chanvre pour faire du linge. Des mouches à miel qui venaient à côté de moi : Je disais ; il ne faut pas les tuer, il faut faire une ruche à côté, etc... »

Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'excitation intellectuelle. Mais le malade « pense tout haut », il « radote » selon l'expression courante. Et nous assistons au jeu assez joli de son imagination, à l'écoulement incessant et continuel des vieilles images agrestes dont s'est rempli l'esprit rustique et poétique de ce naïf et vieil enfant. Combien plus d'énergie, combien plus d'activité déploie dans son délire tel persécuté systématique et agressif, toujours sous le coup des plus désagréables émotions !

Les *jugements* sont portés sans aucun discernement, sans aucune réflexion. Ils ne sont jamais

discutés. Leur valeur et généralement nulle.

L. K... se sert très peu du *raisonnement*, il affirme. Lorsqu'on lui demande une explication, il répond par un dicton, par un aphorisme. On a pu voir l'emploi généreux qu'il fait de l'analogie, du symbolisme et de la métaphore. Il prête peu d'attention aux paroles qu'on lui adresse et les *comprend* assez lentement.

Les *émotions* et les *sentiments* semblent être devenus très rudimentaires, au moins pour ce qui concerne le présent. Ici comme ailleurs, L. K... se cantonne dans le passé. Aimable, poli avec chacun, il est loin d'avoir l'attitude hostile, « grincheuse » de certains déments séniles; mais il s'attache peu aux uns et aux autres. Personne ne lui manque et il professe pour chacun une égale amabilité. Le seul sentiment affectueux qu'il paraisse éprouver s'adresse à des animaux, un bouc et trois petites chèvres donc il s'occupe et auxquels il parle.

On a pu voir, d'après la nature de son délire, l'exagération des sentiments égocentriques. Mais nous sommes très loin, avec lui, de l'orgueil insolent ou protecteur du persécuté devenu mégalomane. Son orgueil est bon enfant et coexiste avec une grande bonhomie, une heureuse modestie. Les plumes de son chapeau ou les galons de son béret ne l'empêchent pas d'avoir l'attitude souvent embarrassée d'un vieux brave campagnard, et son rêve extravagant s'allie sans

heurt avec l'acceptation pacifique d'une humble réalité. Doux et bienveillant, il se charge volontiers des besognes qu'on veut bien lui confier.

Il éprouve cependant quelques mouvements d'humeur lorsqu'on le contrarie dans ses habitudes. De même l'annonce du repas, l'offre d'une cigarette amènent quelques réactions de joie active, sourire plus accusé, hochement de tête; et les yeux brillent un peu.

On a pu se rendre compte de la perturbation totale de tous les *sentiments intellectuels*. Les sentiments de doute, de certitude, ceux qui s'attachent à la perception de la réalité objective, sont profondément atteints. Illusions et sensations, jugements sains et raisonnements absurdes, tout est accepté avec la même tranquillité. L'esprit de L. K... est un chapelet de mots, d'images, d'idées, sans triage, sans aucun effort de synthèse. Tout au plus les idées pénibles sont-elles écartées.

L. K... est régi par ses *habitudes*. Il n'a ni *volonté* ni trace d'initiative : il est tout interdit lorsque l'on change quoi que ce soit aux rites de son existence.

Etude de la sensibilité. — La *sensibilité visuelle* paraît assez bien conservée. Il est un peu hypermétrope. La *sensibilité acoustique* est très légèrement diminuée. La *sensibilité cutanée* est *bonne* au *contact*, un peu diminuée *à la piqûre*, normale à la température; *au poids* la discrimination se fait assez mal.

La *sensibilité olfactive* est assez bonne.

L. K... paraît manifester quelques troubles de *la cœnesthésie* qui ne sont pas de nature désagréable. De temps en temps, il déclare qu'il a froid à l'estomac ou chaud aux reins. Il est très occupé par les *sensations sexuelles*.

Etude de la motricite. — La *force musculaire* est diminuée. Au dynamomètre, échelle de pression, nous obtenons pour la main droite 16, et pour la gauche 15.

La démarche est facile, le corps un peu voûté. Les *réflexes* tendineux sont vifs et rapides; les réflexes cutanés normaux.

Le pouls est assez rapide. Il bat souvent à 85 pulsations à la minute. Il est dur et cependant l'appareil Gärtner ne donne que $10^{cm},5$ comme *pression artériolaire* et le sphygmomanomètre de Bloch de 900 à 925 gr., sur l'artère radiale [1].

Etude spéciale de l'euphorie du sujet. — L. K... vit constamment dans un état de rêve agréable, de radotage heureux. Il n'exprime pas sa satisfaction par une exubérance de gestes ; tout au plus, de temps en temps, joue-t-il un peu avec son rateau. Le reste du jour, il travaille paisiblement, ou demeure immobile, marmottant entre ses dents.

La *physionomie* est généralement niaise sur-

1. La réaction vaso-motrice (voir chap. VII) était complète au bout de 8 à 9 secondes.

tout lorsqu'il parle, La tête est fréquemment balancée de droite à gauche ou tournée latéralement.

La *parole* est un peu monotone. L'intonation générale exprime la bonne humeur. Les phrases sont un peu hachées.

Tout cet ensemble donne une impression d'euphorie calme et tranquille.

Les perturbations de cet état habituel (colère ou vraie joie) sont très rares. L. K... n'est jamais triste.

Son délire vient montrer, avec le vide de sa pensée et la persistance de son imagination, sa tendance à tout voir en bien.

En somme, il s'agit d'un délire de couleur agréable et de forme incohérente chez un prédisposé sénile, dont le bon état organique et le manque d'inhibition psychique paraissent être les principales caractéristiques.

La femme dont il va maintenant être question nous montrera un autre type, beaucoup plus près de celui des idiots que nous avons étudiés au chapitre II, quoiqu'il s'agisse d'un affaiblissement intellectuel acquis. Ici, pas de contestation possible : il n'y a point de phénomènes délirants ; de toute évidence, c'est le cas d'un état de satisfaction chronique chez une malade qui ne présente pas trace de surexcitation intellectuelle ni somatique.

Observation IX[1].

La malade F... est entrée dans le service du docteur Toulouse à l'âge de 58 ans, le 30 octobre 1905. Elle avait été internée le 28 juillet de la même année. Cet internement avait été provoqué par un affaiblissement intellectuel progressif, entrecoupé de crises de turbulence. Elle est devenue de plus en plus calme, et, à l'heure actuelle, se présente de la manière suivante :

La malade, assez corpulente, paraît en très bonne santé. Les cheveux sont presque blancs. La face est épanouie d'une façon à peu près constante en un sourire bienveillant et heureux. Les paupières sont plissées, les coins de la bouche un peu tirés en dehors, les plis naso-labiaux accusés. Le front est légèrement ridé. Le regard est d'une expression douce et un peu étonnée; il se fixe facilement. L'attitude de la malade est presque toujours identique; elle reste assise, les mains sur les genoux, légèrement voûtée. La parole est chantante, naïve, gaie. Le sourire s'accentue pendant la conversation. Bienveillante et polie, elle s'entretient très aimablement avec les personnes qui l'approchent.

Lorsqu'elle ne se sent pas observée, elle prend

1. Observation personnelle, prise dans le service de M. le Dr Toulouse (1908-1909).

souvent une expression de calme et de sérénité. Mais le sourire est toujours prêt à renaître et il est la première réponse à la plupart des excitations extérieures.

Examen psychologique de la malade. — L'attention spontanée semble assez facilement éveillée. Une porte qu'on ouvre attire le regard, qui se fixe sur elle pendant quelques secondes.

Son attention, au cours d'un travail volontaire est grande. Elle ne peut en être détournée par des bruits assez forts. Pendant qu'elle écrit, la chute d'une règle en bois, tombant de deux mètres de hauteur, et à plusieurs reprises, n'a pu la distraire. Il s'agit sans doute, ici encore, de monoïdéisme plutôt que d'attention volontaire. Elle ne se souvient pas, par la suite, d'avoir perçu ce bruit.

En réalité, l'attention volontaire est assez faible. Veut-on la fixer sur la lecture d'un journal ? F... le regarde à peine, et, après quelques phrases évasives, elle le repose. Une deuxième fois, elle regarde les gravures, sans que son attention s'arrête plus d'une ou deux secondes sur chacune d'elles.

La *mémoire* des souvenirs anciens paraît très bonne. F..., qui parle peu spontanément, devient presque bavarde lorsqu'on l'interroge sur son enfance. Elle raconte de petits détails : la « musique » qui venait jouer le dimanche à Angers. Elle se souvient très bien de l'école ;

elle retrouve facilement le nom des personnes qu'elle a connues dans les premières années de sa vie. Et elle nous mettrait volontiers au courant (elle qui ne présente, à son habitude, aucune activité intellectuelle) des mille petites histoires qui les concernent.

En revanche, elle dit ne pas connaître la surveillante du quartier. Cependant elle reconnaît son nom, lorsqu'il est prononcé devant elle ; mais c'est pour l'appliquer à l'une de ses anciennes connaissances.

La série de chiffres 5.4.2.8., lus à haute voix devant elle, est immédiatement répétée de la manière suivante : 2.4.6.8. Après une minute, F... ne répond pas à l'invitation qui lui est faite de la réciter. Après deux minutes la série est devenue 8,7,8.

L'Association des idées n'est pas trop lente, mais très pauvre ; F... revient bientôt à ses idées favorites : On est bien ici, elle a une bonne santé, elle n'a jamais été malade, etc...

Elle est incapable de *décrire un objet :* « Les diverses parties d'une chaise? répond-elle à notre demande, mon Dieu, on est très bien ici - il y a eu un orage cette nuit, mais on était bien soignée ». — « Quelles sont les diverses parties d'une chaise ? Il y a des barreaux et quoi encore? » — « Mon dieu, il y a des barreaux, et puis sur des chaises ici on est toujours bien ici ; il y a des belles et bonnes chaises. On est bien sur

les chaises, et puis il y a de bonnes dames ». Toute série d'idées évolue rapidement vers ses idées de satisfaction, et les louanges du service, où elle est si bien, etc...

Elle ne manifeste aucune spontanéité dans son étroite *imagination.*

F... exprime assez souvent des *jugements* sentencieux, qui jamais ne manifestent un travail intellectuel véritable, et que, pour la plupart, dicte son optimisme : « Il ne faut pas dire qu'on est mal ici ; les dames qui se plaignent ont tort, etc... »

Le *raisonnement* est assez enfantin. F... procède généralement par énumération. Elle perd vite le mode logique et tombe dans des associations d'ordre inférieur. — « Pourquoi dites-vous que vous êtes bien ici ? — Parce qu'on se trouve très bien d'être bien logée, et bien couchée, et bien nourrie, et toutes les dames sont bonnes, mais il faut savoir s'arranger. Avec le temps qui était beau, mais il y a eu de l'orage cette nuit, et l'on a fermé les fenêtres. » Elle *comprend* très mal ce qu'on lui dit et est incapable de refaire les plus simples récits. Son approbativité donne parfois le change, et pourrait souvent faire croire qu'elle a parfaitement saisi le sens des paroles qu'on prononce.

L'involution des *sentiments* est en rapport avec l'état de l'intelligence. En dehors de son enfantine satisfaction, F... n'éprouve aucune

émotion bien marquée. Elle n'a pas de grands désirs, et se contente de fort peu. Assise sur une chaise dans le jardin, elle radote tranquillement, toute à son bonheur paisible. Elle aime les autres malades et les personnes qui la soignent. Elle est douce et reconnaissante, mais elle ne paraît avoir aucun attachement particulier : « Toutes ces dames sont bien gentilles, toutes ces dames sont bien aimables ». dit-elle, lorsqu'on lui demande quelles sont ses préférées.

Lorsqu'on la contrarie ou qu'on la dérange, elle éprouve de l'ennui et de la mauvaise humeur; mais elle ne peut s'empêcher de demeurer quand même polie et aimable. Seulement, elle pleure, comme une enfant contrariée : « Oui, monsieur... Bien gentil... Ça me fait mal... » Ainsi, pendant qu'on explorait sa sensibilité tactile, elle ne pouvait tolérer un bandeau sur les yeux. Dès qu'on l'arrache à sa torpeur, elle est douillette et craintive.

Douce et docile, propre, complaisante, sociable, elle n'a aucune mauvaise *habitude* et se conforme avec facilité aux règles de sa vie. Incapable de se conduire par elle-même, elle obéit avec facilité à toute routine que l'on veut bien l'aider à prendre.

Tout nous a montré la faiblesse de ses *sentiments intellectuels*. Le réel et l'imaginaire se confondent facilement pour elle dans un état de

rêverie sans effort. Seule, la faiblesse de l'imagination empêche le délire.

F... se soucie fort peu de toute notion cosmique et religieuse, et accepte pêle-mêle et sans défiance tout ce qu'on lui a dit autrefois, tout ce qu'on veut bien lui dire aujourd'hui.

Il est, naturellement, inutile de parler de *volonté* proprement dite chez un pareil sujet. Elle est aussi incapable d'inhibition que d'effort.

F... approuve de confiance tout ce qu'on lui dit, surtout lorsqu'elle ne comprend pas. La *passivité de son obéissance* est du même ordre que cette approbativité. Mais lorsqu'elle résiste, sous l'empire d'une légère contrariété, elle oppose, avec un doux entêtement, une désespérante *force d'inertie*.

Étude de la sensibilité. — La démence et l'inattention de cette malade empêchent de pouvoir donner des renseignements précis sur l'état de sa sensibilité. Elle est gênée et effrayée par le moindre appareil et répond, à tout hasard : « Oui, madame; non, monsieur. »

Cependant, il est possible de constater que la sensibilité à la douleur est très diminuée, quoique F... soit douillette et craintive. (Elle prétend que la position en supination du bras lui est insupportable.) Lorsqu'on exerce sur son front une pression avec le ressort du sphygmomanomètre de Bloch, elle n'accuse la douleur que si la pression s'élève aux environs de

800 grammes. Or 500 grammes provoquent normalement une sensation douloureuse.

Tous les autres modes de la sensibilité, en particulier la *sensibilité au contact*, paraissent émoussés.

La *sensibilité auditive* est très obtuse.

La *sensibilité visuelle* semble un peu diminuée la malade est légèrement presbyte.

Elle ne paraît pas présenter de troubles de la cœnesthésie, quoique l'on soit en droit de supposer que sa *sensibilité organique* est très affaiblie.

Motricité. — La force musculaire est faible, et, comme la malade refuse tout effort, les résultats obtenus au dynamomètre se chiffrent d'une manière dérisoire : 4 avec la main droite et 3 avec la main gauche.

F... fait assez facilement les gestes familiers nécessaires à son existence. Elle s'habille presque seule.

Les *réflexes* tendineux (rotuliens, radiaux, extenseurs des doigts) sont presque tous un peu vifs, sauf le réflexe achilléen, qu'on ne provoque pas facilement.

L'excitation de la surface cutanée plantaire amène une réaction indifférente, difficile à interpréter.

Les pupilles réagissent assez lentement et faiblement; la pupille droite est légèrement plus grande que la gauche.

L'état organique est assez satisfaisant. La malade est légèrement obèse. Elle a un peu d'œdème des jambes.

Les poumons paraissent en bon état. La respiration est normale, un peu courte et superficielle.

Le *pouls* est *lent* et bat 66 pulsations à la minute. L'artère radiale est dure.

La *pression artériolaire*, prise à l'appareil de Gärtner, mesure 10^{c} 25 de mercure ;

La *pression artérielle radiale*, au sphygmomanomètre de Bloch, 550 à 575 grammes.

Les mains ne sont pas rouges.

La réaction vaso-motrice après la pression est complète au bout de quatre secondes.

Donc le pouls est ralenti et la pression sanguine plutôt basse.

La malade se nourrit bien et paraît avoir une tendance assez marquée à augmenter de poids.

L'état de satisfaction a été décrit dans ses principales manifestations au cours de son examen. Il se manifeste par son sourire continuel qui lui donne l'aspect traditionnel et bienveillant de la bonne grand'mère. Il se traduit par son approbativité, son humeur douce et rieuse ; par les rares jugements qu'on peut lui arracher. Le mot que la malade emploie le plus constamment, c'est l'adjectif : gentil. « On est bien sur ces gentilles chaises. Le médecin est gentil. Les infirmières sont gentilles. On va

dans le jardin, c'est gentil; » et, devant le dynamomètre : « C'est gentil, dit-elle, ça marque l'heure », montrant dans une même phrase son optimisme et son manque de discernement.

F... est une démente sénile dont toutes les facultés intellectuelles et la plupart des fonctions physiologiques sont notablement affaiblies. Elle ne présente aucune trace d'excitation, et mène, dans une heureuse apathie, une existence routinière.

Observation X[1].

Le malade A.B... est né en 1835. Il est entré en traitement au mois de février 1905. Il présentait depuis quelque temps déjà des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, auxquels se joignaient des symptômes délirants. L'incohérence de ses idées et de ses actes était d'ailleurs frappante; il n'avait plus aucune mesure, aucune retenue : devenu prodigue, il jetait son argent à tort et à travers; il s'était subitement mis à boire, et se livrait, sans aucune lucidité, aux actes les plus inconvenants. Parmi ses idées de satisfaction survenaient des hallucinations pénibles qui accompagnaient de terribles angoisses. Il se croyait en butte à d'affreuses persécutions.

1. Nous devons ces renseignements à la bienveillante obligeance de M. le professeur Brissaud et de MM. les docteurs Conseau et Meuriot.

Pendant les premiers mois de son internement, les états d'euphorie et les états d'angoisse alternaient régulièrement, cependant que subsistait toujours une certaine excitation : tantôt il écrivait à l'adresse d'une librairie pour commander « 300 francs de livres d'histoire », tout en négligeant d'ailleurs de signer la lettre, ou bien adressait de galantes épîtres à des actrices qu'il invitait à déjeuner pour faire plus ample connaissance, malgré ses soixante-dix ans, disait-il ; tantôt il était en proie à d'épouvantables hallucinations, il se voyait martyrisé et lardé de fers rouges ; on lui cassait les dents, on le menaçait, on l'injuriait. Enfin ces alternances devinrent moins nettes, la démence fit de remarquables progrès, *l'excitation tomba entièrement, tandis que persistaient seules quelques idées de béate satisfaction.* La mémoire présentait les troubles bien caractéristiques de l'affaiblissement sénile : tandis que les souvenirs de jeunesse étaient assez bien conservés, l'oubli des faits récents était tel que le malade se plaignait d'être à jeun immédiatement après son repas, ou bien racontait quatre ou cinq fois de suite le même récit. *Un affaiblissement physique progressif accompagnait cet affaiblissement intellectuel.* Dans la dernière période de sa vie, il restait immobile, et aurait paru tout à fait apathique, si de temps à autre un large sourire épanoui n'eût erré sur son visage ; d'une voix lente et affaiblie,

il répétait aux visiteurs la même phrase : « Venez déjeuner demain... Nous aurons du potage Monaco... » Il ne pouvait plus dire que quelques mots indistincts; sa physionomie exprimait une joie ineffable, il répétait comme dans un rêve heureux le nom de l'aliment préféré qui avait survécu à la ruine de son intelligence et de sa mémoire. Il est mort le 25 décembre 1907.

Ainsi l'on retrouve, chez les sujets en état d'involution sénile ou présénile, cette disposition affective particulière que nous avons signalée chez les idiots et certains déments paralytiques. Les uns se plaisent dans les divagations incohérentes d'un délire de rêve, sans pour cela présenter, croyons-nous, de symptômes d'hyperexcitation intellectuelle; ils ne font que laisser aller, sans contrôle, le jeu normal des associations d'images; ils pensent tout haut, ils radotent, selon la vieille expression populaire. Les autres ne manifestent même pas cette dernière et faible activité. Ils sont, comme notre deuxième malade, calmes et apathiques, acceptant tout événement avec une indifférence aussi sereine qu'elle est involontaire. L'état physique, assez bon, en général, ne présente aucun phénomène bien particulier; cependant, à ce point de vue, comme au point de vue mental, nous observons plutôt des symptômes de *ralentissement* fonc-

tionnel. Enfin, ils jouissent tous d'une même euphorie paisible. Doux et bienveillants, contents de peu, ils témoignent à tous et pour tout une bonne humeur satisfaite. Ils ne désirent rien, ne pensent pas au lendemain. Généralement peu fixés sur leur situation actuelle et vivant dans le passé, ils réalisent un syndrome que certains aliénistes allemands ont tenté d'établir [1].

Pour nous, qui nous plaçons à un point de vue psychologique, ils nous paraissent exagérer seulement les tendances affectives de certains vieillards, rendues plus évidentes par l'affaiblissement de leur esprit.

1. La presbyophrénie de Vernicke.

CHAPITRE V

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

Dans l'immense complexité et la variabilité extrême de l'esprit humain, rien n'est plus changeant (d'un individu à l'autre, comme d'un moment à l'autre) que les nuances du sentiment ; rien n'est plus divers que le ton des émotions. Parmi ces variations innombrables nous sommes habitués à retrouver certains rythmes, certaines règles : mais si l'instabilité trop grande, si l'incohérence du sentiment nous choquent, combien plus fort est encore notre étonnement devant une trop solide stabilité ! Les individus qui nous occupent ont ceci de curieux et d'irritant à la fois pour l'observateur que la monotonie de leurs expressions affectives n'a d'égale que la pauvreté de leur esprit.

Pour ce qui est de leur attitude et de leur aspect (mettons de côté un seul des sujets observés, le malade S..., qui occupe, en quelque manière,

une position de passage entre les béats et les joyeux), on les croirait stéréotypés. Idiots, déments, paralytiques et séniles, nous les avons tous vus plus ou moins figés dans des attitudes lasses, atones, cependant que reste fixé sur leur visage quelque demi-sourire épanoui. La monotonie des observations et des documents qui précèdent, ne fait que refléter incomplètement la monotonie de la réalité.

Voyez ces individus, généralement assis, la tête basse, les épaules tombantes, les bras ballants. Voyez leurs genoux écartés, le pied reposant mollement sur le bord externe. Leurs vêtements sont mal tenus : tout, dans leur aspect, trahit la négligence, l'apathie, l'abandon. Quant au sourire, cette expression si fine et si mobile qu'on ne peut en prononcer le nom sans évoquer aussitôt les plus divers et les plus séduisants aspects de la physionomie humaine, quelle lourde et bestiale grimace devient-il chez beaucoup de nos sujets ! Chez les autres l'expression est moins animale; mais pour tous elle trahit l'hébétude, l'ahurissement heureux.

La bouche s'ouvre, large; les commissures des lèvres sont tirées horizontalement, sans être relevées comme dans le sourire normal. Les joues restent assez flasques. L'œil sourit à peine, à demi voilé sous le rideau de la paupière supérieure qui retombe; la paupière inférieure n'est généralement pas relevée et froncée en ce geste

délicat qui affine le sourire. A peine la peau de l'angle externe de l'œil est-elle plissée. Les sourcils, généralement, ne participent pas à cette mimique ; ou bien, ils sont relevés, contrastant avec la demi-occlusion des paupières ; les lèvres sont molles. Cette description n'est pas applicable à tous les malades et à tous les instants ; mais c'est là le type d'expression autour duquel oscillent, et très peu, les béats satisfaits.

Qu'ils parlent : la voix est monotone, chantante ; et parmi les bégaiements de l'idiot, et malgré la dysarthrie du paralytique, nous retrouverons ce ton de mélopée, ce rythme berceur et languissant qui trahit si bien la torpeur béate de l'individu. La voix se prolonge et s'élève sur les finales, retombe et chantonne en un murmure confus dans le milieu des phrases ; elle n'est jamais nettement tranchée, franchement accentuée, comme chez un individu de sentiment normal. Elle est très différente aussi de la voix sourde, contenue, du mélancolique stuporeux, de la voix entrecoupée de l'anxieux, de la voix saccadée du furieux, de la voix enthousiaste et vive du joyeux maniaque. Elle exprime, dans toutes ses modulations, le laisser-aller et le bien-être.

Qu'ils marchent ; et nous observons le pas lourd et cadencé, le mouvement balancé des bras, les mouvements rythmiques du tronc et de la tête un peu fléchis.

Ce paralytique général, couché sur le dos, et qui ne prend jamais une autre position, en résolution musculaire presque complète, esquisse à peine un calme sourire. Tous leurs gestes, toutes leurs actions, toutes leurs paroles expriment la plus béate *détente*, le plus mol abandon.

L'affaiblissement intellectuel qui, par définition même, se trouve chez tous nos sujets, leur imprime quelques caractères communs; cependant on ne peut qu'être frappé de certaines analogies de leur état mental, lorsqu'ils appartiennent à de si différentes classes morbides. Quelques troubles de l'attention, par exemple, paraissent constants dans certaines particularités assez remarquables.

L'attention spontanée se manifeste, chez eux, de manières dissemblables. Cependant elle est généralement difficile à éveiller; et, dans presque tous les cas, lorsqu'elle s'est produite, *le sujet tend à s'immobiliser dans la contemplation de l'objet observé.* Voici le premier point à noter. Si cette immobilité, si cette admiration béate, cette sorte de fascination ne se produit pas, l'attention ne se fixe pas et le malade se laisse distraire. Mais il ne connaît pas d'intermédiaire entre la distraction, l'éparpillement de l'attention et sa paresseuse fixation sur un même objet. *Dans les deux cas, il se comporte comme un individu qui ne fait pas d'effort.*

Quant à l'attention volontaire, elle est abso-

lument fugace et peut être pratiquement considérée comme nulle. Toutefois, il se produit un phénomène qui en tient lieu. En effet, si l'on propose à l'un de ces béats torpides de faire un travail quelconque, écrire ou lire, par exemple, il peut se présenter deux cas extrêmes, aussi intéressants l'un que l'autre. Ou bien l'individu refuse de faire le petit effort nécessaire pour se mettre « en train », et il se réfugie dans son stupide bien-être, aucun raisonnement ne pourra vaincre cette admirable et irritante force d'inertie. Ou bien, par amabilité, pour ne pas contrarier son interlocuteur, et sous l'excitation d'une parole amicale maintes fois répétée, il parviendra à se mettre à l'ouvrage, et dès lors il sera très difficile de le détourner de sa tâche; les expériences que nous avons relatées à ce sujet aux chapitres II, III et IV montrent clairement que, dans ce cas, nos béats se conduisent comme s'ils étaient absorbés par leur besogne, ne se laissant distraire que par des excitations sensorielles relativement intenses. Or, l'on pourra s'assurer aussi, en particulier par les observations de I... et de C..., que le travail qu'ils accomplissent ainsi est purement automatique, inférieur même à leurs ordinaires manifestations intellectuelles.

Les professeurs connaissent un phénomène comparable, et, chez les enfants normaux, ils savent bien faire le départ entre ceux qui font

réellement « attention » à la dictée, et ceux qui « dorment les yeux ouverts », tout en écrivant machinalement, au grand détriment de l'orthographe et de la ponctuation. Ce travail machinal, accompagné de torpeur de la pensée, ce *monoïdéisme passif*, pour tout dire, est bien analogue à l'état que nous avons constaté chez les êtres inférieurs que nous avons en vue; aussi pouvons-nous dire encore ici que *ces individus se comportent comme s'ils ne faisaient pas d'effort* sauf, peut-être, l'effort initial qui, étant donné le travail qu'on leur demande, est vraiment infime. Il est dans tous les cas de très courte durée. Nous ne répéterons pas, à l'appui de nos dires, l'exemple de l'idiote qui remplit une page de chiffres, machinalement, sans se douter même que son encre s'épuise. Nous n'avons que trop chargé de documents les chapitres qui précèdent, et nous prions le lecteur de vouloir bien s'y reporter[1].

Ce trouble de l'attention si spécial ne serait-il pas cependant dévolu à tous les individus faibles d'esprit? Nous ne le croyons pas; l'examen et l'aspect même de quelques idiots anxieux et colériques nous a fait penser que si ces sujets sont atteints d'une grande faiblesse de l'attention, ils n'ont pas cette faculté de s'immobiliser tranquillement dans l'admiration

1. Voir, en particulier, au sujet de l'Attention, les observations du chapitre II.

timent agréable se produit. Tel est le fait d'*observation;* et, l'observation extérieure venant ici développer et contrôler l'introspection, pourquoi ne pas tenter de nous rendre compte de l'état d'esprit du béat satisfait, par l'analogie que nous pouvons lui trouver avec nos propres états de torpeur agréable.

Pourtant, un phénomène bien voisin de la torpeur de nos malades, n'est-ce pas la stupeur qu'on a toujours considérée, avec juste raison, comme intimement unie à de nombreux états mélancoliques? De prime abord, rien ne paraît la distinguer de cette torpeur, sinon son caractère pénible. C'est peut-être l'analyse de ce caractère pénible qui permettra de jeter quelque lumière sur la question.

Le mélancolique stuporeux, les travaux de MM. Toulouse, Dumas, Masselon, etc. l'ont bien montré, subit un ralentissement de la plupart de ses fonctions intellectuelles. Le caractère de ce ralentissement n'est guère douteux ; c'est une *inhibition* de nature pénible. Or l'inhibition est un effort — effort involontaire — et nous trouvons quelque trace de cet effort involontaire, mais bien réel, dans l'expression *concentrée* du malade. Telle paraît être la différence essentielle : l'esprit du mélancolique se concentre sur ses idées pénibles ; celui du béat, au contraire, s'épanouit, il fixe volontiers un objet extérieur. Et s'il ne change pas d'idées, c'est uniquement par paresse.

L'on pourrait encore ici appeler, par un juste retour, l'observation personnelle introspective à l'appui de l'observation psychologique extérieure. Nous avons tous connu des moments de tristesse sombre, et nous pouvons bien les comparer aux moments d'agréable torpeur que nous avons ressentis. De part et d'autre, c'est la même lenteur des phénomènes psychiques et somatiques, le même engourdissement, la même suspension de notre activité. Mais, tandis qu'ici nous nous *laissons aller* à notre douce paresse, là nous résistons énergiquement aux sollicitations extérieures, et, *dans un pénible effort*, nous repoussons toute pensée nouvelle, tout mouvement superflu. D'ailleurs, cette immobilité a peut-être son rôle, en nous défendant d'une insupportable anxiété. Ainsi disparaîtrait l'antagonisme entre ces deux états, si la torpeur du mélancolique était un phénomène de défense contre le sentiment pénible, ou si, tout au moins, il était bien établi que la forme stuporeuse de la mélancolie n'est pas la plus pénible des formes de cette affection. Or presque tous les auteurs considèrent — d'après les souvenirs des malades aussi bien que d'après leurs considérations personnelles — que c'est la mélancolie anxieuse qui s'accompagne des plus terribles impressions. Dans l'état de stupeur extrême, la tristesse disparaît presque ; « j'étais ahuri, je ne pensais plus à rien, » dit le sujet, tandis qu'il dépeint

timent agréable se produit. Tel est le fait d'*observation;* et, l'observation extérieure venant ici développer et contrôler l'introspection, pourquoi ne pas tenter de nous rendre compte de l'état d'esprit du béat satisfait, par l'analogie que nous pouvons lui trouver avec nos propres états de torpeur agréable.

Pourtant, un phénomène bien voisin de la torpeur de nos malades, n'est-ce pas la stupeur qu'on a toujours considérée, avec juste raison, comme intimement unie à de nombreux états mélancoliques? De prime abord, rien ne paraît la distinguer de cette torpeur, sinon son caractère pénible. C'est peut-être l'analyse de ce caractère pénible qui permettra de jeter quelque lumière sur la question.

Le mélancolique stuporeux, les travaux de MM. Toulouse, Dumas, Masselon, etc. l'ont bien montré, subit un ralentissement de la plupart de ses fonctions intellectuelles. Le caractère de ce ralentissement n'est guère douteux; c'est une *inhibition* de nature pénible. Or l'inhibition est un effort — effort involontaire — et nous trouvons quelque trace de cet effort involontaire, mais bien réel, dans l'expression *concentrée* du malade. Telle paraît être la différence essentielle : l'esprit du mélancolique se concentre sur ses idées pénibles; celui du béat, au contraire, s'épanouit, il fixe volontiers un objet extérieur. Et s'il ne change pas d'idées, c'est uniquement par paresse.

L'on pourrait encore ici appeler, par un juste retour, l'observation personnelle introspective à l'appui de l'observation psychologique extérieure. Nous avons tous connu des moments de tristesse sombre, et nous pouvons bien les comparer aux moments d'agréable torpeur que nous avons ressentis. De part et d'autre, c'est la même lenteur des phénomènes psychiques et somatiques, le même engourdissement, la même suspension de notre activité. Mais, tandis qu'ici nous nous *laissons aller* à notre douce paresse, là nous résistons énergiquement aux sollicitations extérieures, et, *dans un pénible effort*, nous repoussons toute pensée nouvelle, tout mouvement superflu. D'ailleurs, cette immobilité a peut-être son rôle, en nous défendant d'une insupportable anxiété. Ainsi disparaîtrait l'antagonisme entre ces deux états, si la torpeur du mélancolique était un phénomène de défense contre le sentiment pénible, ou si, tout au moins, il était bien établi que la forme stuporeuse de la mélancolie n'est pas la plus pénible des formes de cette affection. Or presque tous les auteurs considèrent — d'après les souvenirs des malades aussi bien que d'après leurs considérations personnelles — que c'est la mélancolie anxieuse qui s'accompagne des plus terribles impressions. Dans l'état de stupeur extrême, la tristesse disparaît presque ; « j'étais ahuri, je ne pensais plus à rien, » dit le sujet, tandis qu'il dépeint

dans les termes les plus éloquents les affres de l'angoisse.

C'est l'absence de tout effort d'attention active, avec prédominance des phénomènes de monoïdéisme passif, qui nous paraît caractériser surtout la psychologie du béat satisfait.

Les troubles de la mémoire doivent être rangés sous deux catégories différentes selon qu'ils paraissent communs ou non à tous les béats, et caractéristiques de leur état mental.

En effet, nos sujets présentent tout d'abord les troubles bien connus de la mémoire qui sont liés aux diverses affections dont ils sont atteints. C'est ainsi que, chez nos déments séniles, les souvenirs récents sont plus particulièrement détruits, tandis que les souvenirs anciens gardent une vivacité particulière. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point. De même nos paralytiques généraux sont atteints d'un affaiblissement total, progressif de la mémoire, affaiblissement qui touche aussi bien la conservation que la reproduction du souvenir. Et les idiots, très capables de reproduire sans peine les rares notions acquises, paraissent surtout n'avoir jamais pu en acquérir qu'une très faible quantité.

C'est seulement lorsqu'on examine la *mémoire d'acquisition* dans son état actuel que l'on peut indiquer un fait plus constant : l'insuffisance manifeste de cette fonction, qui est très

nettement en rapport avec les troubles de l'attention.

Idiots et déments, tous sont incapables de fixer de nouveaux souvenirs. Ce phénomène se produit parfois malgré que l'attention ait été suffisante. Mais le cas le plus fréquent est celui d'une amnésie de fixation secondaire à cette faiblesse de la volonté qui se traduit par l'instabilité ou la torpeur de l'intelligence. D'ailleurs, ce phénomène ne peut que réagir sur l'état du sujet en favorisant cette torpeur béate, puisqu'il contribue à l'isoler, davantage encore, du monde extérieur, en l'empêchant d'acquérir les notions les plus élémentaires. C'est ainsi qu'il lui permet de se laisser aller toujours de plus en plus à son état d'agréable indifférence.

Il est intéressant d'envisager à ce point de vue les troubles amnésiques, bien communs d'ailleurs, de nos déments séniles. Comme nous l'avons vu plus haut, on a déjà constaté que les démentes séniles présentent souvent un état affectif spécial, en rapport avec les troubles de la mémoire. Elles ignorent à ce point les faits récents qu'elles vivent presque uniquement dans le passé. Elles prétendent avoir trente ans, quinze ans. Une douce euphorie se joint souvent à ces symptômes. Les faits de « puérilisme », chez les vieillards observés par M. Dupré, se ramènent en partie à des phénomènes identiques. Ainsi que nous le faisions prévoir au chapitre IV, ces divers symp-

tômes ne sont peut-être pas psychologiquement irréductibles. L'absence de notions précises sur les événements actuels ne peut qu'aider l'esprit à vivre en dehors du présent. Ainsi sont favorisés les délires de rêve et les périodes de torpeur qui caractérisent respectivement nos malades L. K... et F... Or ces deux états pourraient bien être intimement unis au sentiment de Béatitude.

Nous savons bien que les mêmes troubles de la mémoire existent chez des déments séniles qui éprouvent des sentiments très désagréables et les manitestent en de tristes délires. Aussi ne voulons-nous pas dire qu'ils soient en quelque manière la cause, ou l'une des causes psychologiques, des sentiments agréables qu'éprouvent nos sujets ; mais l'on peut supposer que, par le véritable isolement qu'ils produisent, ils favorisent la constance de ces sentiments, en les préservant des troubles que pourrait occasionner la compréhension des phénomènes actuels.

L'activité de l'esprit se manifeste chez les béats de deux manières assez différentes, et l'on pourrait, de ce point de vue, décrire deux classes parmi nos sujets. Les premiers, les moins nombreux et les moins typiques, ont des associations d'idées, d'ordre très inférieur, il est vrai, mais en assez grand nombre. Et, comme aucune inhibition ne s'exerce sur ces chaînes associatives, nous assistons à un *flux* d'images, lent et monotone, sans doute, mais presque continu. C'est à

ce type qu'appartient la malade B... ainsi que beaucoup de paralytiques généraux qui débitent, d'une voix chantante, d'interminables listes de subtantifs, D'autres malades qui présentent plus rarement ce symptôme, le font alterner avec de longues périodes de contemplation béate. Nous croyons avoir établi, au chapitre III, qu'il n'y a là aucune hyperdynamie fonctionnelle, l'activité routinière et somnolente que manifestent alors les sujets étant de beaucoup inférieure à l'activité normale, à l'activité des joyeux maniaques dont le flux de paroles témoigne d'une excitation réelle, à l'activité du triste persécuté, qui déploie dans la construction et la défense de son délire une véritable énergie.

Les autres individus, que l'on peut ranger dans une seconde classe, bien qu'en réalité, tous les types de transition se rencontrent, voient leur activité étrangement ralentie, même dans les fonctions associatives les plus inférieures. Chez ceux-là prédominent ces phénomènes de passive « *contemplation* » dont il était question au début de ce chapitre. Chez tous nos idiots, chez la plupart de nos paralytiques, et chez l'un de nos déments séniles (la malade F...), nous avons constaté et évalué la remarquable lenteur des processus d'association. Nous retrouvons ici cette tendance que nous avions signalée à propos de l'attention, et qui porte le béat à s'« immobiliser » dans un monoïdéisme stupide.

Ainsi la fonction d'association des idées et des images est toujours ralentie ; parfois elle n'existe presque plus, mais jamais elle n'est volontairement *inhibée*, ou arrêtée par des processus supérieurs. Dans leur doux abandon, nos sujets se laissent aller aux divagations les moins logiques de leur pensée : « spiritus flat ubi vult ! » Mais ces divagations ne les conduisent pas loin, en général, à cause de l'irrémédiable faiblesse de leurs facultés mentales et de la torpeur de leur esprit.

Si quelques-unes des caractéristiques psychologiques de ces malades peuvent motiver ou permettre leur état d'euphorie, cet état d'euphorie, en retour, ne manque pas de réagir sur les fonctions intellectuelles de la façon la plus manifeste. Ce principe se vérifie pleinement par l'association des idées. Une expérience que nous avons répétée maintes fois, et souvent relatée dans nos observations, le prouve avec évidence. Nous avons vu, par exemple, que le paralytique général W... revenait toujours à ses idées favorites de nourriture ; la démente sénile F... revient toujours, elle aussi, et quel que soit le point de départ de la conversation, à parler « des gentilles dames, et de la gentille maison et des gentilles infirmières ». Ainsi dérivent toutes les chaînes associatives vers des préoccupations de nature agréable, sous l'influence du sentiment de satisfaction. C'est un nouvel

argument en faveur des théories de ceux des psychologues modernes [1] qui comprennent l'insuffisance des principes proclamés par les premiers associationistes. Ceux-ci ne tiennent pas compte des fonctions supérieures de synthèse, si affaiblies chez nos sujets. Ils ne conçoivent pas non plus le rôle du sentiment ou de l'émotion dans la direction des chaînes d'images. Nous le voyons bien pour nos malades, qui sont cependant à peu près incapables d'opérations intellectuelles supérieures : si les associations d'idées se produisent chez eux par les modes inférieurs de la ressemblance ou de la pure contiguïté, ou même par l'assonance verbale, il n'en est pas moins vrai qu'elles se font généralement dans un sens déterminé, qui est celui de leurs idées de satisfaction. Elles sont, dans ce sens général, dirigées par le sentiment, l'*intérêt*, selon le mot de Baldwin [2]. Nous nous permettons cette digression parce qu'il nous semble particulièrement intéressant de constater que des sujets aussi « simples » que les nôtres présentent ces phénomènes déjà complexes.

Il n'est pas étonnant, étant donné cet état des fonctions associatives et de l'attention, que nos béats soient incapables d'opérations plus compliquées, telles que la description d'un objet, ou

1. G. Dumas, dans son cours de 1907 sur *l'Imagination*, par exemple.

2 Baldwin, *La pensée et les choses*, 1908.

l'énumération de ses parties. Nous voyons ainsi la raison de la faiblesse de leur imagination constructive. Et cependant, quelques-uns, en petit nombre, sont capables d'assez riches divagations. (Nous n'en avons relaté qu'un exemple : le cas du malade L. K...). C'est que ceux-ci appartiennent au groupe mentionné d'abord leur torpeur intellectuelle est moindre que celle des contemplatifs. Il n'ont pas une plus grande faculté d'imaginer que l'homme normal ; bien au contraire ; mais ils ne sauraient lui imposer aucun arrêt. Aussi peuvent-ils nous débiter, de leur voix cassée et chantante, d'interminables rêves adsurdes.

L'on n'a pu trouver, chez nos béats, que des délires très frustes. Un seul, L. K..., dément sénile, présente d'assez remarquables phénomènes délirants. Il est vrai que nous avions écarté du cadre de cette étude un grand nombre de délirants, systématisés ou non; mais, d'ailleurs, l'état de Béatitude prête mal aux complications d'une construction imaginaire. Nous venons d'en voir les raisons. Nous pouvons, d'autre part, comprendre, d'après les constatations faites à propos de l'imagination de ces malades, quel mode d'activité délirante peut être le leur.

Nous ne saurions aborder ici la très intéressante discussion de l'origine psychologique des délires, et débattre ou évaluer le rôle du sentiment

dans leur genèse; mais, en ce qui concerne nos sujets, on ne pourrait passer sous silence l'influence très remarquable de leurs dispositions affectives sur les erreurs peu systématiques qu'ils affirment à chaque instant. En effet, si ces sujets, à première et grossière inspection, paraissent ne pas délirer, nous les trouvons constamment dans une disposition d'esprit qui les pousse à déformer, et toujours dans un même sens, les vérités que leur faible intellect leur permettrait de comprendre. Entre notre idiot I..., pour qui la soupe est toujours bonne, et L. K..., qui nous entraîne dans les méandres de ses baroques rêveries, toutes les formes de passage se rencontrent, tant chez les idiots et les déments séniles que parmi les paralytiques généraux apathiques. Pour nos idiots, le phénomène est encore bien rudimentaire, non qu'on ne puisse le trouver dans cette classe d'individus, mais parce que nous avons volontairement pris nos types dans l'anonyme et insipide majorité de ces arriérés intellectuels et moraux. Nous avons vu que l'erreur se produit facilement en eux, et n'est pas modifiée, parce qu'ils portent leurs jugements sans effort d'attention, et que leurs propositions, si absurdes soient elles, ne sont jamais contrôlées. L'automatisme et le manque d'inhibition volontaire et raisonnée paraissent donc les conditions intellectuelles de leurs erreurs; mais quelles en sont les causes senti-

mentales? quelle est l'influence qui les pousse à affirmer ceci plutôt que cela?

Tout d'abord, l'on a pu remarquer l'approbativité et la suggestibilité de ces individus, toujours disposés à accueillir celui qui veut bien s'occuper d'eux et les opinions qu'il leur donne. Cette suggestibilité et cette tendance à tout approuver sont elles-mêmes, comme nous le verrons plus loin, intimement unies à l'état de torpeur béate qu'ils manifestent. Voici donc un point sur lequel les intimes dispositions de nos malades peuvent rendre compte des erreurs de leur jugement.

D'autre part leur torpide euphorie elle-même, leur bienveillance et leur optimisme paraissent leur dicter la plupart de leurs appréciations. I..., qui sourit béatement, déclare toujours qu'il fait bon, et que la soupe est bonne et qu'il est bien ici. Cé... nous dit qu'elle ne veut pas sortir; l'internement à l'asile lui semble particulièrement agréable. Et Henriette elle-même approuve de la tête lorsqu'on porte des appréciations optimistes. Ces trois idiots, qui ne savent presque pas contredire, prennent la force de protester, lorsqu'on porte en leur présence une affirmation péjorative ou pessimiste! Ce phénomène peut être assez loin du véritable délire; il en paraît pourtant le point de départ, et nous ne saurions trouver de limites précises entre ces notions déformées par le rôle du sentiment et les erreurs

plus grandes que commettent quelques autres malades.

Les paralytiques généraux, du reste, vont nous aider à franchir ce stade. Volontairement, pour écarter l'ancien malentendu qui repose sur l'idée des qualités « expansives » de ces malades, nous avons choisi nos sujets parmi ceux qui ne sont pas, à proprement parler, délirants. Voyons cependant Hu... Il est extrêmement porté à approuver toutes nos opinions. Il baisse la tête, et dit : « C'est ça! Très bien », à chaque affirmation nouvelle, surtout lorsqu'il ne saisit pas parfaitement le sens de la phrase. Il est disposé à admettre les notions les plus absurdes. D'autre part son sentiment de joie intime lui dicte sur toute chose les appréciations les plus favorables. Si, comme le sujet de M. Dupré, il sait se réjouir pour les motifs les plus misérables, il a cependant, et par cela même, une légère tendance à enjoliver les faits qu'il raconte. Il va même de temps en temps jusqu'à quelque grosse erreur qui n'échappe à la dénomination de délire que par sa rareté et sa platitude. Aujourd'hui, il raconte qu'il habitait une belle maison : « Il y avait des numéros sur les portes des chambres! » Voilà qui est exact, au sens commun, et seule l'appréciation de la qualité révèle les tendances de l'individu. Mais lorsque, le lendemain, il nous déclare qu'il est le propriétaire de cette maison, le fait délirant s'est produit, sans que,

psychologiquement, nous puissions le séparer avec netteté des autres phénomènes de l'évolution desquels il est comme l'aboutissant.

B... présente des phénomènes analogues. Elle sait bien qu'elle n'est pas très riche, et on la ferait rire si on lui prêtait les énormes ressources que s'attribuent d'habitude les paralytiques généraux. Mais elle est satisfaite d'elle-même et de son métier, et elle manifeste sa tendance optimiste en s'attribuant de nombreuses ouvrières. La faiblesse de sa raison lui permet de ne pas voir dans quelle impossibilité elle serait de leur fournir leur salaire. Elle ne peut contrôler nullement l'absurdité de ses calculs, et, sur ce point particulier, se laisse aller à quelques erreurs caractéristiques. Quant à S..., nous insisterons moins sur son cas, car ses fanfaronnades et son langage hyperbolique le rapprochent beaucoup de ceux que l'on a déjà et bien souvent décrits. Toujours est-il que chez lui il est bien difficile de tracer une limite entre la simple exagération, dictée par sa bonne humeur, et l'erreur véritablement délirante.

W..., paralytique général, trouve aussi, comme les autres, que la soupe est bonne, la température agréable et qu'il est bien pourtant. Mais chez lui, ce dernier point est particulièrement remarquable, car son état de cachexie manifeste rend cette opinion si paradoxale qu'on peut la considérer comme délirante. Sa confiance universelle,

jointe à sa disposition à croire tout ce qui est agréable, lui fait accepter les plus absurdes promesses. Et comme il glisse facilement sur la pente de l'erreur, lorsque cette erreur lui est agréable! Il se complaît tellement à l'idée des gourmandises, qu'il débite des séries de noms d'aliments. D'ailleurs il ne met pas en doute qu'on va réaliser tous ses désirs. N'est-ce pas là le début de l'idée délirante, et ne la voit-on pas nettement succéder aux troubles spéciaux de l'émotivité, que ne peut plus contrebalancer la critique de la raison défaillante? Et le délire va plus loin, dès qu'il s'agit de faits moins faciles à contrôler: W... est fier de son fils, il en fait l'éloge. Il est content qu'il soit soldat. Il espère pour lui un rapide avancement : et pourquoi ne serait-il pas colonel! Nous voici franchement arrivés à la conception délirante, dont la genèse ne saurait faire de doute. Si le délire de ce malade n'est pas plus nourri, et s'il ne débite pas les montagnes d'absurdités auxquelles nous ont habitués les paralytiques généraux, nous ne saurions tracer une limite nette entre ces phénomènes et ceux que présente notre sujet; pas plus que nous ne pouvons distinguer nettement, du point de vue psychologique, les plus folles erreurs qu'il accepte de ses simples et quotidiennes opinions, seulement très optimistes.

Tels sont les rares phénomènes délirants que présentent la plupart de nos malades. Un seul,

L. K..., nous a récité de longues divagations, peu cohérentes, il est vrai, mais très nourries en idées et en images. Il ne semble pas douteux que son état de satisfaction soit à la base de son délire ; et si celui-ci est particulièrement développé, c'est, nous l'avons vu, que notre dément sénile appartient à la première catégorie de béats dont nous avons parlé.

Chez lui, les associations d'idées et d'images se produisent presque normalement, quoiqu'elles soient un peu plus lentes que celles d'un individu moyen. Aucune inhibition ne vient les entraver, et, le sentiment agréable imprimant nettement un sens à la direction de ces idées, les chaînes d'images empruntées à un passé déjà lointain, images assez poétiques de champs et d'étendues marines, défilent en un doux délire de rêve. Le sujet s'y complaît; mais, par son attitude générale, il n'exprime nullement la mégalomanie que paraît indiquer ce délire. Ces idées lui sont comme étrangères : c'est un spectacle auquel il assiste, presque à notre manière, amusé et bien heureux, un peu étonné pourtant.

C'est d'ailleurs un fait remarquable, et que nous avons indiqué dans notre premier chapitre : tandis que le persécuté, dont les idées se systématisent pour aboutir à un délire des grandeurs, devient arrogant et demeure hostile, cantonné dans des conceptions férocement égocentriques,

le bienveillant béat, s'il s'adonne à quelques erreurs plus ou moins systématiques, dans le sens d'une naïve satisfaction, ne saurait exclure les autres humains de son triomphe imaginaire. Tandis que le persécuté mégalomane nous traite de brigands et d'assassins, le paralytique euphorique nous place dans sa cour de rois et d'empereurs.

Il ne reste que fort peu à dire en ce qui concerne le jugement et le raisonnement. Ces fonctions supérieures de l'intelligence sont, on peut bien s'en douter, fortement atrophiées chez nos béats, puisque des déments et des idiots ont seuls contribué à nous servir de sujets. Néanmoins il n'est pas inutile de mettre en lumière à ce propos deux ou trois points qui peuvent aider à comprendre la mentalité si particulière des satisfaits : nous avons en effet toujours observé que si ces individus émettent rarement des jugements, ils en énoncent quelques-uns de la manière la plus inattendue et la plus affirmative, soit que, par une docilité anormale, ils adoptent la plus absurde affirmation qu'on pourra leur suggérer, soit que quelque notion, formée en eux par un processus tout automatique, se produise sans aucune critique. Les pages qui précèdent contiennent de nombreux exemples de ce cas, et nous avons toujours vu nos malades accepter avec la plus placide indifférence les plus invraisemblables jugements, une fois que par hasard

ils les avaient portés. Une autre remarque sur la qualité de ce jugement a déjà été faite à propos du délire, et nous avons constaté combien il était toujours influencé par le sentiment qui domine la mentalité de ces individus.

Des observations analogues peuvent être faites au point de vue du raisonnement. Le plus grand nombre des idiots et des déments que nous avons étudiés ne raisonnent presque jamais. Si cependant ils font quelque opération intellectuelle, elle revêt le caractère du plus parfait automatisme. Quelques-uns de ces malades, par exemple, sont capables d'effectuer des calculs assez simples. Mais ils les effectuent d'une façon toute mécanique et ne sauraient critiquer la besogne qu'ils accomplissent. On peut admettre aussi ce qui a été dit à propos du jugement : l'état sentimental de ces individus agit sans le moindre contrôle, sur de faibles et automatiques raisonnements, et il en vicie absolument les conclusions. A l'appui de ces assertions, le lecteur pourra plus spécialement se reporter aux observations de I..., Cé..., F..., B..., dans lesquelles ces opérations ont été étudiées.

D'une manière générale, et comme il était facile de le penser, nos malades comprennent mal les paroles dites ou lues; d'abord parce que leurs facultés intellectuelles sont peu développées ou en état d'involution; ensuite parce que les troubles spéciaux de l'attention qu'ils présentent

rendent particulièrement difficile la compréhension d'une phrase quelconque.

Ils ne possèdent en général aucune notion sur l'ensemble du monde et s'en soucient fort peu. Ou bien, ils répètent en ânonnant les formules toutes faites de quelque catéchisme. Ils se contentent du présent et n'ont pas cure de l'avenir, trop peu intelligents pour prévoir les malheurs qui pourraient les frapper, trop indifférents pour en être émus, à moins que la menace ne soit immédiate. C'est ainsi que tout sujet de trouble s'écarte de leur esprit.

Ils sont enclins, comme tous les faibles d'esprit, mais, plus encore, à cause de leur bienveillance, à répéter à tout propos des formules toute faites et à abuser véritablement des phrases convenues de politesse. Là encore se décèle leur automatisme mental, et en même temps leur amabilité docile.

Mais leur qualité psychologique la plus constante réside, sans conteste, dans leur état sentimental et émotionnel. Pour ce qui est de leur état sentimental, il est caractérisé, comme nous l'avons dit à l'égard de chacun d'eux, et encore au début de ce chapitre, par cette forme spéciale de Béatitude, de Joie passive. A propos de chaque fonction et dans les descriptions d'ensemble, nous avons essayé de mettre en lumière les manifestations de ce sentiment agréable et calme, tant en montrant l'allure, l'aspect, la physio-

nomie des béats, qu'en invoquant le rythme et l'intonation de la parole, et même le sens des mots proférés. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point; mais nous devons déjà remarquer à cette place que l'opposition entre les deux formes de joie est plus apparente que réelle. En fait, tous les types de transition se rencontrent entre les joyeux actifs et les passifs satisfaits, et ce n'est qu'en prenant des types extrêmes (les maniaques de M. Dumas et nos calmes déments) que l'on peut faire des classes tranchées. Selon l'idée que défend le Dr Bridou, il nous paraît que l'œuvre d'analyse, qui pousse à construire des divisions plus ou moins arbitraires, serait incomplète et partiale sans une œuvre de synthèse, qui restaure de nouveau les liens naturels un instant rompus. Cette discussion sera reprise plus loin au sujet des sentiments agréables. Qu'il suffise ici d'indiquer que deux au moins de nos malades pourraient servir de type de passage entre les béats et les joyeux : le paralytique général S... et le dément sénile L. K... Pour les sept autres sujets examinés, ils rentrent, de toute évidence, dans la catégorie des bienheureux les plus torpides.

Et cependant, ils ont leurs réveils! Les uns pour un mot, les autres pour quelques notes de musique ; quelques-uns à l'heure du repas, quel-

1. Dr Bridou, La joie morbide (*Revue scientifique*, 1906).

ques autres sans aucun motif que nous puissions apprécier, passent, tantôt de manière insensible, parfois de la façon la plus brusque, de leur euphorie nonchalante à une joie d'excitation qui se rapproche tout à fait des phénomènes décrits par les auteurs modernes. Le rire devient franc et éveillé, des mouvements se produisent, le pouls s'élève en fréquence, l'esprit, pour quelques minutes, se fait plus actif. Mais ce n'est que lueur fugitive, et bientôt tout retombe dans la même morne demi-teinte ; les paupières, qui s'étaient un peu soulevées, s'abattent sur les yeux déjà ternes ; les coins de la bouche s'abaissent aussi ; de nombreux plis disparaissent dans le visage, la mâchoire pend davantage et il ne reste plus rien de cette joie passagère, plus rien que la stupide expression de bonheur satisfait se traduisant en un sourire alangui.

Les émotions accompagnées d'un sentiment pénible, telles que la colère ou la peur, sont extrêmement rares. Néanmoins, nous l'avons vu à propos de presque tous nos malades, il est certains cas où ils deviennent inquiets, peinés, et parfois même furieux. Dans ces circonstances ce sont les plus stupides qui se révèlent les plus dangereux, et l'on peut voir plusieurs d'entre eux se livrer à des actes de violence. Or, ces modifications se produisent toujours lorsqu'on exige d'eux un effort, un travail qui paraît pénible à leur indolente torpeur, ou bien lors-

que l'on contrarie dans son accomplissement une de leurs si rares tendances.

Et l'on en vient à ce principe en apparence paradoxal que ce sont les béats, les sereins euphoriques, qui ne savent pas rester calmes au moment du danger ou du travail; que ce sont les êtres dont les besoins sont les plus réduits en nombre et en intensité qui ne peuvent supporter la moindre entrave à leur accomplissement.

Ce fait psychologique peut encore s'éclairer par le résultat de l'introspection. Lorsque nous sommes bien éveillés, tout à la joie de l'action, nous sommes prêts à accepter quelque aventure sans déplaisir, souvent même avec enthousiasme; la pondération et la mesure nécessaires à la parfaite réalisation de l'acte sont alors voulues et imposées par notre esprit. Mais que l'on vienne nous déranger lorsque la béatitude torpide du sommeil vient de nous envahir, et les meilleurs d'entre nous et les plus pacifiques doivent bien reconnaître qu'à l'ennui succède alors rapidement l'irritation, et qu'il faut bien souvent déployer dans ce cas une *pénible* énergie pour éviter de se laisser aller aux plus injustes réactions. Ou qu'un trouble organique se révèle pendant le sommeil : n'en paraît-il pas beaucoup plus impérieux, si bien que l'homme éveillé s'étonne d'avoir attaché tant d'importance à une si sourde et si peu significative douleur? C'est qu'à ce moment de lassitude et de

repos, le sujet normal n'est pas disposé pour la lutte ; il n'est pas « accordé » pour le combat ou le travail. On sait bien que rien n'est plus pénible, en campagne, que les surprises nocturnes. Réveillé dans la terreur, l'individu ne peut réagir avec tout son sang-froid : il est sorti trop brusquement de l'abandon du sommeil. Tel est, nous semble-t-il, l'état de nos malades. Comme l'homme assoupi, ils tâchent, autant qu'il est dans leur pouvoir, d'écarter les impressions pénibles et le fâcheux effort; s'ils ne peuvent y parvenir, ils essaient de fuir, et ils pleurent. Que l'on continue encore à les contrarier, et les voici furieux, capables tout d'un coup des pires violences. C'est dire que nous pensons avec M. Bridou que les mauvais traitements, ou la grande misère, pourraient modifier l'affectivité de nos sujets, des idiots, en particulier. Mais ils se contentent vraiment de peu. Pour ce qui est de ces réactions désagréables, les observations de Cé... et F... nous paraissent avoir fourni les meilleurs renseignements. Retenons ce fait que ces modifications sont extrêmement difficiles à provoquer chez nos malades et qu'elles se produisent presque toujours lorsque l'on exige d'eux un effort, ou que l'on apporte quelque retard à la satisfaction d'un de leurs besoins.

Certains caractères moins importants paraissent secondaires aux troubles de leur affectivité.

Ces individus sont éminemment sociables, doux et bienveillants. Ils n'ont, à vrai dire, de réel attachement pour personne et la disparition de ceux qui les entourent, si elle ne les touchait dans leurs intérêts, les laisserait sans doute bien indifférents. Souvent même il arrive qu'ils ne reconnaissent pas leurs familiers, et s'aperçoivent à peine de l'absence ou de la présence de leurs gardiens. Mais ils font bon accueil à l'ami ou à l'étranger qui se présente. Tous sont égaux devant leur amabilité banale, selon le mot de M. Dupré. Cependant certains idiots euphoriques accueillent avec une joie particulière l'infirmier qui s'occupe de leur nourriture. Est-ce là réellement de la bienveillance ?

Si d'une façon générale la société des autres malades leur plaît et les réjouit, ils s'en passent en revanche très bien, et restent, durant des journées entières, dans quelque encoignure de la salle de réunion, sans prendre l'initiative de se mêler aux groupes et de participer aux conversations. Ils sont, en général, aimés de leurs camarades dont ils supportent avec patience les jeux et les plaisanteries.

Pour être rares et régulières les expressions de leurs besoins ne sont pas moins violentes. Ils sortent de leur apathie à heures fixes, tantôt pour manger gloutonnement, tantôt pour se livrer à des impulsions moins avouables. Indifférents, insensibles à la honte, ils seraient d'une

saleté repoussante si les soins les plus constants ne leur étaient donnés. Mais ils rachètent par leur docilité et leur bonne humeur les tracas que cause leur apathie.

Il semble que cet examen psychologique puisse permettre d'établir deux faits, l'un négatif, et très évident; l'autre positif, et dont la démonstration certaine nécessiterait encore de nombreuses recherches. Le fait négatif, dont nous nous réservons de faire ressortir la valeur théorique, consiste en l'absence de toute hyperexcitation chez des individus qui manifestent habituellement un sentiment agréable. N'aurions-nous qu'un seul exemple bien et dûment observé de ce phénomène, nous n'en serions pas moins en droit de dire que le sentiment agréable n'est pas forcément uni à des phénomènes d'excitation intellectuelle, et que la joie accompagnée d'une augmentation du nombre des associations et de leur rapidité n'est pas le seul mode possible de l'euphorie. Or, bien qu'à notre avis les dix sujets dont les observations ont été relatées ne présentent aucun phénomène d'accélération ou d'intensité des processus mentaux, huit au moins d'entre eux manifestent d'une façon évidente ce caractère négatif, puisque, bien au contraire, ils sont dans un indéniable état de *ralentissement* intellectuel.

Le fait positif permettrait d'établir un principe général que dès à présent nous pensons

pouvoir proposer : c'est l'absence *d'inhibition*, volontaire ou involontaire, qui semble la caractéristique de l'état intellectuel de tous les euphoriques. *L'effort*, autre phénomène de volonté, dont les rapports étroits avec l'inhibition n'ont pas besoin d'être démontrés, est aussi presque inconnu de nos malades, et, lorsqu'il existe, il ne tarde pas à modifier profondément l'état de leur affectivité.

Or l'inhibition et les fonctions d'arrêt paraissent aussi en défaut chez les maniaques et les sujets de M. Dumas. C'est peut-être là un des points fondamentaux, une des conditions essentielles de la genèse des sentiments agréables. L'absence d'effort paraît caractériser davantage l'état de nos sujets.

La *Béatitude* est donc un état sentimental fréquent dans les maladies mentales que nous avons envisagées. Il se rapproche beaucoup de celui des extatiques, et encore du sentiment que tout homme éprouve, lorsqu'il se laisse aller aux douceurs du sommeil. C'est un état de mol abandon, d'agréable torpeur, sans effort ni lutte. C'est le sentiment du repos bienheureux. Il semble, de ce point de vue psychologique, s'opposer point par point à la pénible angoisse. La « détente » de tout l'être psychique, la suppression du contrôle, du doute, des fonctions délicates de l'analyse et de la synthèse, et surtout la disparition

de l'effort peuvent être comptées, jusqu'à nouvel ordre, comme quelques-unes de ses conditions psychologiques. Jamais, chez aucun de nos sujets, nous n'avons constaté un réel travail comparable en quelque manière à celui que fourniraient les individus normaux. Ou bien, lorsque quelque chose d'analogue se produisait, l'on constatait en même temps la disparition de l'état de satisfaction béate, comme si ces phénomènes étaient intimement unis par un lien de causalité. Et cependant il ne semble pas impossible de trouver quelque conciliation, quelque rapport, entre la Béatitude passive des déments calmes et la joie active des maniaques. Les cas de transition, nous l'avons vu, abondent, entre ces divers états. Après la discussion de quelques théories, modernes et anciennes, des sentiments agréables, il sera peut-être possible de tenter cet essai de synthèse.

CHAPITRE VI

ÉTUDE DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA MOTRICITÉ

L'étude des troubles de la sensibilité a été faite, comme nous l'avons dit plus haut, au Laboratoire de Psychologie Expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes, où M. le Dr Toulouse a bien voulu nous donner les plus grandes facilités pour les recherches nécessaires à ce travail. M. Henri Piéron a personnellement collaboré à une grande partie des expériences relatées dans les observations précédentes, et dont les résultats seront résumés et discutés ici. Comme les modifications de la sensibilité que peuvent présenter nos sujets varient considérablement selon la maladie dont ils sont affectés, il semble utile de résumer ces résultats en les groupant selon les classes morbides auxquelles appartiennent ces individus.

Chez les idiots et les imbéciles, nous n'avons

pas noté de troubles remarquables des sens de la vue et de l'ouïe. Cependant, on peut indiquer comme assez fréquents une certaine diminution de l'acuité visuelle et un léger degré de myopie. Il n'y a pas lieu d'insister sur les troubles de la vue dus au strabisme et aux malformations de ces dégénérés.

Pour les diverses formes de la sensibilité cutanée, quelques particularités sont à décrire : *La sensibilité à la douleur* est à peine diminuée, bien que ces individus soient très douillets et refusent de se soumettre à la moindre expérience pénible. En appuyant sur la peau de la tempe la surface striée de la *tige du sphygmomanomètre de Bloch, il fallait exercer une pression de 600 grammes pour I...*, ainsi que *pour Cé.*, avant que la douleur ne soit accusée.

Avec le même appareil, des *personnes normales* accusent la douleur pour une pression de *500* grammes. *Juliette*, plus profondément idiote, présente une *abolition presque totale de la sensibilité douloureuse* (surtout *à la piqûre*).

La *sensibilité au contact* est bien nettement affaiblie. Avec l'*esthésiomètre du Dr Toulouse*, destiné à évaluer en poids, au moyen d'une aiguille, l'excitation nécessaire *pour qu'une sensation de contact soit perçue*, nous trouvons que cette limite est *pour I... 0g50*, en expérimentant sur le dos de la main droite, entre le 4e et le 5e métacarpien. *Pour Cé.*, et *à la pulpe de l'index*

gauche, 0g,10 sont à peine perçus; 0g,20 sont bien perçus, tandis que *normalement* un poids de 0g,03 agissant sur l'aiguille suffit pour provoquer une sensation. Ces chiffres sont sensiblement inférieurs à la normale. *Chez Juliette*, malgré l'impossibilité d'une évaluation précise, on doit constater que *la sensibilité au contact est plus émoussée* encore.

La *sensibilité au poids*, explorée avec le *myoesthésimètre* de *MM. Toulouse et Vaschide*, montre un considérable affaiblissement de la faculté du discernement de deux poids : le *poids initial* étant de 100 grammes, I... ne *perçoit* une différence que *si l'on ajoute* 50 grammes, soit 1/2, lorsque normalement une augmentation de *un à deux dixièmes* suffit, pour le même poids initial.

Pour Cé..., *avec un poids de* 100 grammes, *on n'obtient aucun résultat qui puisse être fixé*. Avec un poids de 1 kilogramme, une différence de 300 grammes est distinguée.

Quant à la *discrimination de deux contacts*, au moyen du compas est hésiométrique à coulisse, et toujours sur la pulpe de l'index, il faut, pour que deux contacts soient accusés, que les pointes de l'instrument soient écartées au moins d'un centimètre avec Cé... et de trois avec I. Ces chiffres sont hors de proportion avec ceux que peuvent donner les sujets normaux.

Le *sens stéréognosique au toucher* n'a pu être exploré chez I..., à cause du trop faible niveau

intellectuel du sujet ; Cé... a distingué un sphéroïde de 13/10^{mm} de diamètre d'une sphère de 10 millimètres.

Ainsi, de façon générale, les sensibilités tactiles sont affaiblies, et très affaiblies, chez nos idiots. Nous n'avons pas observé à un degré bien net quelque affaiblissement du sens de la chaleur. Remarquons aussi que c'est surtout la discrimination des contacts et des poids qui est troublée.

Chez les paralytiques qui font l'objet des observations du chapitre III, les troubles de la sensibilité tactile sont généralement très importants.

Ainsi, pour *W... l'analgésie* est à *peu près totale* surtout au membre inférieur. Pour une profonde piqûre, il n'accuse qu'un léger attouchement.

Chez S... la sensibilité à la piqûre est émoussée, et, par endroits, abolie. *Le malade se heurte fréquemment sans éprouver de souffrance.*

Il faut piquer *Hu... jusqu'au sang, pour qu'il accuse une légère piqûre.*

Le *même Hu...*, avec le *myoesthésimètre*, est capable de constater une différence de poids lorsqu'on ajoute 60 grammes au poids initial d'un kilog. Mais, avec 50 grammes comme charge initiale, une augmentation de 10 grammes est à peine perçue.

S... présentait une assez bonne sensibilité

musculaire, au moins au point de vue de la position de ses membres.

Chez *W...* le sens du poids des objets est très affaibli, et il fait les plus grossières erreurs dans l'appréciation des différences.

Chez ces individus en général, le *sens de la température* est mieux conservé.

Le *sens du contact* est presque aboli, et sa mesure se confond souvent avec celle du sens de la douleur, puisqu'il faut souvent une véritable piqûre pour qu'un simple contact soit annoncé.

Les troubles de la vue et de l'audition ne nous ont pas paru dignes d'être notés.

Chez les déments séniles qui font l'objet du chapitre IV, il est facile de constater que la *sensibilité à la douleur est très affaiblie*. F..., supporte sans accuser la douleur, une pression de la tige du *sphygmomanomètre de Bloch* égale *à 800 grammes*. Or elle est très douillette. *L K...* présente des troubles moins marqués, mais sa sensibilité à la piqûre est *un peu diminuée*.

La *sensibilité au contact* est *asssez bonne* chez *L. K..*, un peu *émoussée* chez G... Tous les autres modes de la sensibilité cutanée sont, pour ces malades, plutôt diminués.

Leur sensibilité auditive est obtuse.

La presbytie existe chez ces deux sujets.

La sensibilité gustative et olfactive semble particulièrement atteinte chez tous nos béats.

Parmi les idiots, *I... trouve à peine un goût* à une solution *salée* à 1 p. 100 (normalement $\frac{1}{10000}$ de chlorure de sodium suffit pour ce résultat). Il reconnaît quelques saveurs odeurs. Il ne distingue pas la saveur acide de la saveur salée.

Le *goût sucré* est *assez bien distingué*; *I... ne sait découvrir l'amertume* dans une solution à 1 p. 1000 *de sulfochlorhydrate de quinine*. Il trouve à cette solution un goût agréable.

L'odorat est très fortement atrophié, ainsi que chez Cé... qui, si elle perçoit l'odeur du camphre dans une solution à 9 p. 10000, *déclare ne rien sentir avec une solution d'ammoniaque à 1 p. 10.*

Au goût elle reconnaît le chlorure de sodium à 1 p. 10, le sucre à 1 p. 100. Mais elle ne sent pas l'amertume de la quinine dans une solution à 1 p. 10.

Chez Juliette, ces deux sens sont sensiblement *plus atrophiés* que les autres.

Les troubles analogues de la sensibilité à l'olfaction et au goût sont bien connus dans la paralysie générale.

Pour W... tous les aliments sont également bons, et ce malade semble ne pas sentir la plupart des odeurs.

Hu... ne peut reconnaître la qualité sapide d'une *solution salée* que si sa teneur en chlorure = 1 p. 10! Les mêmes résultats sont obtenus

avec la solution sucrée. La *solution* amère est perçue à 1 p. 100.

De même pour l'odorat, le *camphre* pur est senti, mais la solution à 9, 1 p. 100 ne l'est pas! Pour de plus amples détails, on pourra se reporter aux observations individuelles.

Chez nos déments séniles, ces phénomènes sont moins marqués. L. K... a même une sensibilité olfactive assez bonne. La malade F... ne nous a non plus donné, à ce point de vue, que des résultats peu intéressants. Sa sensibilité paraît cependant diminuée.

L'on peut voir, par ce coup-d'œil d'ensemble, que, chez tous nos malades sans exception, la sensibilité est nettement affaiblie dans ses principaux modes. Il semble assez oiseux de rechercher si ces troubles de la sensibilité influent sur leur sentiment pathologique plus que ce sentiment lui-même n'influe sur l'état de leur sensibilité. Il y a là, sûrement, des phénomènes d'action et de réaction réciproques du sentiment sur la sensation, et de la sensation sur le sentiment. Il est bien évident, d'une part, que l'affaiblissement de la sensibilité dérive en grande partie de l'état somatique de ces individus et qu'il est occasionné par la maladie qui les affecte. Cette anesthésie relative, et cette analgésie qui, chez certains d'entre eux, est presque totale, peuvent beaucoup favoriser leur état de satisfaction, en les isolant, en quelque sorte, du monde extérieur

et de ses contradictions parfois brutales, de ses contacts plus ou moins pénibles. D'autre part, l'état de béatitude extatique, de torpeur heureuse de nos sujets ne peut qu'influer sur la perception dans le sens de la diminution de son intensité, et, par une action réciproque dont se servent certainement les fakirs dans l'exercice de leurs coutumes barbares, l'extase engendre l'analgésie, et l'analgésie profite à l'extase. En tout cas ce n'est là qu'une condition *négative* de l'euphorie, et l'on ne peut guère admettre que la simple privation de la douleur, lorsqu'elle est constante, implique le bonheur, puisque d'autres sujets, également hypoesthésiques, sont loin de présenter des états sentimentaux de satisfaction.

L'analgésie ne fait que favoriser puissamment l'état de béatitude. C'est à dessein que nous n'avons pas encore parlé des troubles de la sensibilité organique profonde. On sait qu'elle est gravement atteinte dans la paralysie générale. Il est facile d'ajouter encore des exemples aux exemples célèbres consignés dans tous les traités. L'on pourrait citer entre autres, le cas d'un malade du service du Dr Pactet qui, tombant d'un deuxième étage, s'était fracturé le bras. Dans sa tranquille euphorie, il enlevait avec calme les appareils que l'on fixait à son membre, et le secouait de côté et d'autre sans manifester la moindre douleur. Il était heureux, au contraire, des résul-

tats de cette aventure, qui lui permettait d'avoir disait-il, une articulation de plus. N'est-ce pas là une partie de l'explication de ce fait apparemment paradoxal, qu'un paralytique général cachectique meurt dans une souriante euphorie, tandis que son voisin de salle interprète dans un délire hypochondriaque les obscures sensations que lui donne un cancer du pylore : l'un d'eux a conservé sa sensibilité organique ; chez l'autre, elle est disparue. Mais si chez le second les troubles de cette sensibilité sont au moins l'une des causes de la modification du sentiment, il n'en est pas de même chez le premier dont l'anesthésie, phénomène négatif, ne peut que *permettre* l'euphorie. Les malades de M. Sollier sentaient disparaître leurs émotions avec leur sensibilité organique. L'insensibilité de nos paralytiques généraux n'est-elle pas plus sérieuse que celle que la suggestion peut imposer à des hystériques? *Et, si peut-être elle détruit des émotions plus complexes, elle semble plutôt favoriser le simple sentiment agréable, auquel il faut dès lors refuser, pour être logique, une origine toujours périphérique.* L'on peut noter, en passant, ce fait curieux, que, chez la plupart des béats, les sensibilités les moins atteintes sont celles qui se rapportent à la vue et à l'ouïe ; puis vient le tact et ses différents modes ; puis le goût et l'odorat ; enfin, la cœnesthésie paraît particulièrement troublée. Ainsi les sensations les mieux

conservées sont celles qui sont le moins capables de fournir des impressions désagréables.

Nous avons volontairement laissé de côté les troubles très spéciaux que chaque sujet peut présenter en raison de sa maladie, et qui sont consignés dans chaque observation. L'importance de ces constatations et de ces mesures est mise en lumière par ce fait que dès que nos malades éprouvent une douleur — et le seuil d'excitation est parfois très élevé — ils passent presque sans transition de leur contemplative satisfaction à une tristesse gémisseuse, et ils geignent comme de petits enfants. F... fournit un très bel exemple de ce phénomène. C'est ainsi que l'analgésie ou l'hypoalgésie paraissent être, non une cause, mais une condition de l'euphorie béate.

L'étude de la motricité présente un caractère aussi complexe que celle de la sensibilité. En ce qui concerne les *réflexes*, on ne peut relever rien de bien intéressant, à cause de la multiplicité des symptômes qu'offrent nos sujets. C'est ainsi que les imbéciles I... et Cé... ont le premier le réflexe achilléen diminué et le réflexe rotulien assez vif, la seconde le réflexe radial et extenseur faible et le réflexe rotulien exagéré. Cé..., réagit normalement à l'excitation de la surface cutanée plantaire, tandis que chez I..., on peut constater le signe de Babinski. Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur les réflexes des

paralytiques généraux, éminemment variables d'un sujet à l'autre, d'un membre à l'autre, et d'une période à l'autre de leur maladie, sans que se modifie nullement l'état du sentiment de ces individus. On trouvera aux observations de W..., S..., Hu..., la constatation de cette variabilité dans les réactions motrices involontaires. Les deux premiers déments séniles étudiés au quatrième chapitre voient plutôt leurs réflexes légèrement augmentés. Ainsi les types les plus divers sont réalisés à ce point de vue.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de la motricité volontaire, on peut trouver, à côté de signes inconstants, variables d'un malade ou d'une catégorie de malades à l'autre, certains symptômes dont la remarquable constance fait penser qu'ils peuvent être plus ou moins liés à l'état mental que présentent tous nos sujets.

Et d'abord — toujours en laissant de côté S..., dont l'état affectif est moins typique que celui des autres, les béats ont un ralentissement très marqué de tout leur système moteur. Nous avons décrit, au chapitre précédent, leur sourire figé et leur attitude paresseuse. On peut facilement vérifier et mesurer jusqu'à un certain point l'atonie de leurs muscles et la paresse de leur volonté. Il est malheureusement plus difficile de déterminer ce que l'on peut rapporter, dans le résultat à celle-ci ou à celle-là et, seule, l'atrophie musculaire nous permet d'at-

tribuer à la faiblesse de l'organe la moindre activité de la fonction. Il semble que dans toutes nos observations ces deux éléments coexistent, l'un primitif et organique, l'autre en rapport étroit avec l'état mental dont il participe sans en être, à vraiment parler, ni la cause, ni la conséquence. Il en est plutôt l'expression. Ici comme là, du point de vue musculaire, comme du point de vue psychologique, ces malades sont, avant tout, incapables du moindre effort ; aussi avons-nous vu des individus assez normalement musclés arriver, au dynamomètre, à des résultats infimes (10 ou 11 à l'échelle de pression), qu'il est inutile de relater en détail à cette place.

Immobilité, tendance à la stéréotypie et souvent aux attitudes catatoniques, ou flexibilité complète, attitude affaissée, sourire hébété et fixe, maladresse de la démarche, des gestes et des actes, et, surtout, impossibilité de faire un effort musculaire un peu sérieux, difficulté aussi d'arrêter un mouvement simple une fois commencé et plus ou moins automatiquement répété, telles sont les caractéristiques motrices de la plupart de nos sujets.

Comme dans l'ordre intellectuel, dans l'ordre moteur S... présente un état un peu différent.

Ataxique, ainsi que beaucoup de paralytiques généraux (et en particulier notre malade W...), il ne reste pas comme lui indéfiniment tranquille.

Il se livre à un assez grand nombre de mouvements incoordonnés. Il lui manque surtout la règle, le contrôle de ses actes, comme le sens de ses gestes ; et son apparente excitation motrice est uniquement due au manque d'inhibition volontaire. Ainsi fait-il, également par ce caractère, la transition entre les paralytiques en état d'excitation joyeuse et ceux qui se confinent dans la plus béate torpeur.

CHAPITRE VII

ÉTUDE DE L'ÉTAT ORGANIQUE ET DES FONCTIONS DE LA VIE VÉGÉTATIVE

C'est dans les sensations confuses ou les modifications organiques profondes, qui reconnaissent pour point de départ les fonctions de la vie végétative, que l'école du physiologiste Lange a voulu chercher la racine réelle des émotions. Aussi était-il nécessaire que ces fonctions fussent l'objet d'une attention spéciale dans ce travail destiné à l'examen d'un état affectif. Comme pour l'étude de la sensation, et plus encore, nous avons dû recourir pour ces expériences physiologiques aux conseils et à l'aide de M. Henri Piéron. Ces expériences et ces mesures, pour la plupart, ont été également faites au laboratoire de M. le Dr Toulouse.

Une première opinion répandue plutôt, il est vrai, dans le public que chez les spécialistes, c'est que les heureux sont bien portants. Un

état de santé florissante déterminerait, chez des individus d'ailleurs contents de peu, une satisfaction de base organique, et c'est ainsi que l'on pourrait concevoir le calme bonheur de nos malades comme une expression de leur agréable cœnesthésie.

La première catégorie contenant les idiots et les imbéciles, paraît justifier jusqu'à un certain point cette opinion. Tous les faibles d'esprit en état de satisfaction qu'il nous a été possible d'examiner, jouissaient en général, d'une bonne santé. Du moins, les fonctions de la vie végétative s'accomplissaient, chez eux, sans trouble sensible et leur aspect dénotait le léger embonpoint qui résulte, dans un jeune organisme, d'une satisfaisante nutrition.

D'autre part — quoique ce point soit plus sujet au doute et mérite de nouvelles recherches — il semble que très souvent les idiots et les imbéciles malveillants et malheureux soient des chétifs et des malingres, ou bien encore des épileptiques, sujets aux plus graves perturbations somatiques et cérébrales. Enfin il est bien certain qu'une période de privations et de misère physiologique modifierait le sentiment de ces individus. Les personnes qui les soignent savent bien que, comme les enfants, ils deviennent « grognons » et maussades lorsqu'ils sont pris par la maladie. Il ne faudrait pourtant pas exagérer la réelle importance de ce point de vue.

Cette exhubérante santé n'est d'ailleurs pas excellente autant qu'elle le paraît. Une preuve de ce fait, c'est que la moyenne de la durée de la vie est très abaissée pour ces dégénérés, bien qu'ils soient, depuis leur enfance, traités dans des établissements spéciaux. On a signalé au chapitre précédent leur atrophie musculaire. Le léger embonpoint qu'ils paraissent avoir est en réalité énorme, si l'on tient compte du faible volume de leurs muscles. Certains, d'ailleurs, sont à ce point hyperadipeux qu'ils réalisent de véritables monstruosites. Ainsi leur apparente bonne santé semble due, pour le plus grand nombre, à un *ralentissement* de leurs fonctions nutritives qui accumule dans leur organisme, et peut-être non sans danger, d'abondantes matières de réserve.

Du reste, à une analyse plus approfondie, on découvre chez eux nombre de petites ou grandes infirmités, résultat et expression de leur déchéance physique, dont les sujets normaux seraient sans doute incommodés. Ainsi I... est porteur, et presque continuellement, d'un impétigo rebelle. Il a traversé, d'autre part, plus récemment, des périodes d'amaigrissement et de fatigue, sans doute à la suite de troubles intestinaux qui l'avaient rendu assez pâle. Quoiqu'il fût encore plus torpide que de coutume, son éternel bonheur n'en semblait pas diminué. De même C... présente des troubles circula-

toires assez marqués, dont il sera question tout à l'heure, et d'où résulte un notable refroidissement des extrémités. Elle ne s'en plaint nullement. Juliette n'est pas gênée par son adipose. Il est donc permis de dire que si un favorable état de la santé est une *condition* de la béatitude chez les idiots, capables d'être troublés par le sentiment pénible que pourrait développer les maladies organiques, il n'est pas la cause, ni surtout l'unique cause, de cet état affectif.

D'autre part, presque tous les autres malades qui participent de cette calme euphorie sont dans un état manifeste de déchéance physique. Il va parfois jusqu'à la cachexie. Les paralytiques généraux, rongés lentement par la maladie qui les emporte, sont progressivement envahis par la maigreur et les plaies. Les escarres les couvrent. Un dévoiement chronique et incurable leur enlève souvent leurs dernières forces. Et quelles modifications intimes doivent se produire dans leurs tissus et dans leurs nerfs, analogues à celles qui provoquent les douleurs fulgurantes des tabétiques! Seule, leur anesthésie nous permet de comprendre qu'ils *puissent demeurer heureux malgré leur état organique.* De ceux-là, nous ne prendrons qu'un exemple : il nous sera fourni par W..., paralytique parvenu à l'ultime période de son mal. Dans le chapitre qui précède, il a déjà été question de la lamentable déchéance de sa sensibi-

lité et de ses fonctions motrices. Voici pour son état organique : Ce malade est gâteux. Il est d'une maigreur extrême, presque cadavérique. Une continuelle diarrhée l'épuise. Deux énormes escarres dévorent ses fesses et ses reins. Nous parlerons plus loin du ralentissement et de la faiblesse de son pouls, mais il faut insister ici sur la *très remarquable hypothermie qu'il a présentée pendant des semaines et des mois*, et surtout aux approches de la mort, lorsque s'épanouissait davantage sa sereine euphorie !

L'origine organique des idées hypocondriaques de certains vieillards ne peut pas faire de doute, et si le développement de leur morose vésanie paraît conditionnée par un trouble mental particulier, il n'en est pas moins vrai que le point de départ, la cause occasionnelle, et peut-être déterminante, du sentiment qui les pousse au délire est souvent révélée à l'autopsie qui découvre quelque cancer latent. Il n'en est pas de même des états de satisfaction, qui, s'ils coïncident parfois avec une intégrité relative de la santé, se trouvent aussi chez des sujets très artério-scléreux, comme notre malade L. K..., ou chez des individus très faibles et proches de leur fin, comme le malade A. B... dont M. le professeur Brissaud nous a décrit les dernières et intimes joies. Ainsi le bon état organique paraît assez né-

cessaire pour permettre le sentiment agréable chez les sujets dont la sensibilité n'est pas très atrophiée, ce qui se conçoit facilement; mais, en aucune manière, il ne peut être considéré comme l'unique cause de ce sentiment.

Les phénomènes vaso-moteurs et circulatoires méritent une étude spéciale puisque certains auteurs — Lange en particulier — considèrent la joie comme la conscience d'une modification circulatoire (accélération circulatoire et vaso-dilatation périphérique).

Or chez nos malades, on ne saurait, de ce point de vue, trouver aucun caractère bien constant, même dans une seule catégorie d'individus; et si quelque symptôme paraît prédominant, il implique plutôt un *ralentissement* des phénomènes circulatoires.

Nous résumons dans un tableau quelques-unes des mesures rapportées dans les observations [1].

En somme la vitesse du pouls est essentiellement variable. Si certains de nos sujets — les plus nombreux — voient coïncider leur euphorie avec un notable ralentissement du pouls, d'autres se rapprochent de la normale, et deux d'entre eux la dépassent de beaucoup.

La pression artérielle, prise avec les appareils Bloch et Laulanié nous donne aussi, pour nos

1. V. p. suivante.

MALADES		POULS		TENSION ARTÉRIELLE		TENSION ARTÉRIOLAIRE
CATÉGORIES	DÉSIGNATION	Vitesse moyenne Nombre de pulsations à la minute.	QUALITÉ	Humérale : (appareil Laulanié) en c/m de mercure.	Radiale : (sphygmomanomètre de Bloch) en grammes.	(Appareil Gartner) en c/m de mercure.
Imbéciles et Idiots.	I...	85	Bien frappé.	11,5 à 12 c/m..	475 à 500 gr.	9 c/m,9
	Cé...	62	Très faible et lent.	Variable toujours faible 9 à 11 c/m 75	475 à 500 gr.	10 c/m,00
	Juliette.	75	Normal, un peu faible.	11,0 à 12 c/m,0	380 à 400 gr.	9 c/m,0
Paralytiques.	W...	65 et au-dessous jusqu'à 48	Très faible, très petit, très dépressible, très lent.	Ces mesures n'ont pu être prises; les chiffres ne pouvaient être qu'extrêmement bas.		
	Hu...	76	Normal.		700 gr.	11 c/m,5
	Ba...	74	Dépressible.		375 à 380 gr.	7.75 à 8 c/m,00
Séniles.	F...	66	Dur, artério-scléreux.		550 à 575 gr.	10 c/m,25
	L. K[1]...	88	Très dur, artério-scléreux.		900 à 925 gr.	10 c/m,5

1. L. K... présente déjà un type de transition entre les Béats et les Joyeux; il figure sur ce tableau à titre comparatif.

divers malades, des chiffres très différents. Comment pourrait-il en être autrement, lorsque nous comparons des sujets jeunes et bien portants à des vieillards et à des paralytiques? Néanmoins, nous pouvons nous apercevoir déjà d'un fait assez remarquable : chez ceux de ces individus dont les artères sont assez souples, pour permettre une bonne évaluation, la tension sanguine artérielle paraît abaissée. La mesure de la pression artériolaire avec l'appareil de Gärtner nous montre que les différences qui paraissent ramener quelques-uns de nos sujets à une tension sanguine normale sont dues au manque d'élasticité de leurs artères. En effet, pour tous ceux, sans exception, qui ont été soumis à cette expérience, la colonne de mercure suffisante pour empêcher la rentrée du sang chassé du doigt, n'a jamais dépassé la hauteur de 11 centimètres, et souvent a été bien inférieure. Or ce chiffre indique déjà une faible tension artériolaire, du moins, puisqu'il est difficile de généraliser en ces matières, avec l'appareil dont nous nous sommes servi.

D'autre part, en tenant compte de la variation diurne, nos mesures indiqueraient presque partout une pression maxima : elles ont été généralement prises à 11 heures[1] ou dans la journée. Et nous avons pu constater que la malade Cé...

1. Après le repas du matin.

qui, à cette heure, avait une tension artérielle humérale de 11 c. m. 3/4 (appareil Laulanié), n'avait plus, avant son déjeuner, qu'une pression correspondant à 9 centimètres. Tous les autres chiffres devraient donc être un peu abaissés si l'on voulait avoir une idée plus exacte de l'état de la tension artérielle et artériolaire moyenne de ces individus.

Il nous semble permis de dire, que chez tous nos malades, la tension sanguine est plutôt faible, bien que certains se rapprochent beaucoup à ce point de vue des sujets normaux. En tout cas une faible tension sanguine peut co-exister avec un sentiment agréable chronique.

Il est, d'ailleurs, d'autres phénomènes, qui pour n'être pas susceptibles d'aussi précises mesures, n'en sont pas moins significatifs. Lorsque le docteur Lange parle de la vaso-dilatation capillaire périphérique des joyeux, il entend que cette vaso-dilatation favorise une large et rapide irrigation des tissus. Il n'en est pas ainsi chez nos béats.

On trouve chez un grand nombre d'entre eux des troubles circulatoires analogues à ceux que l'on a décrits chez les mélancoliques : stase sanguine aux extrémités, mains bleuies et froides, couvertes d'engelures. Cé... est un des meilleurs types de ces malades. D'autres, comme I..., primitivement assez colorés, deviennent très pâles sans que se modifie nullement leur état d'euphorie. D'autres, comme Juliette, ont la face

assez rouge; mais si les mains sont congestionnées, cette congestion est surtout passive, et leur coloration violacée le prouve bien. Les extrémités de Hu... sont congestionnées, rouges et assez chaudes; c'est bien là le fait que l'on s'attend à rencontrer chez un paralytique général. En revanche B... a des mains blanches et froides, et tout porte à croire que, chez elle, c'est la vaso-constriction périphérique qui prédomine. L'on pourrait bien, et à plus forte raison, en dire autant de W..., si, chez ce misérable cachectique, l'anémie n'était forte au point que la plupart de ses tissus paraissent exsangues. En tout cas nous n'assistons pas à une accélération de l'impétuosité du torrent circulatoire!

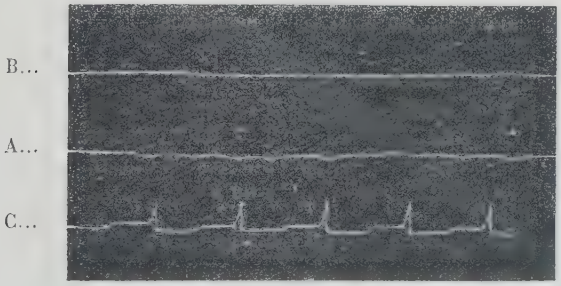
Les mains de notre vieux dément L. K... sont rudes et crevassées. Celles de F... sont blanches.

Il a été possible pour quelques sujets de compléter par la méthode graphique l'étude de leur physiologie circulatoire. C'est ainsi que nous avons pu voir le tracé du pouls artériel de Cé... Il n'a pas été obtenu sans peine. L'appareil de Marey ne donnait aucun résultat, le pouls étant trop faible, et c'est avec l'ampoule de M. Pachon que nous avons eu un tracé très légèrement ondulatoire, de tout point analogue à ceux que l'on a publiés, comme caractéristiques des états de stupeur mélancolique. Quant au pouls capillaire, il a été impossible de le relever, soit avec les appareils de Hallion, soit avec

le gant de Patrizzi, au mois de mars 1908. Au mois de décembre de la même année, et un

Tracé n° 1 du pouls de la malade Cé...[1] au mois de Mars 1908.

A. — Pouls radial pris avec l'appareil Pachon.
B. — Pouls capillaire pris avec l'appareil Patrizzi.
C. — Chronomètre (secondes).



jour que la tension était assez haute, un léger tracé a été pris avec ce dernier instrument. I..., au contraire, donne un très beau graphique de pouls artériel et de pouls capillaire.

La paralytique B... fournit des courbes très

(1) *Nota.* — Pouls très lent, tension sanguine très faible chez une malade en état d'euphorie (joie passive).

analogues à celles de Cé..., tandis que L. M... donne un tracé plus net encore que celui de I... Il n'y a donc là rien de constant, sauf une tendance générale que présentent nos sujets à laisser voir de faibles pressions artériolaires.

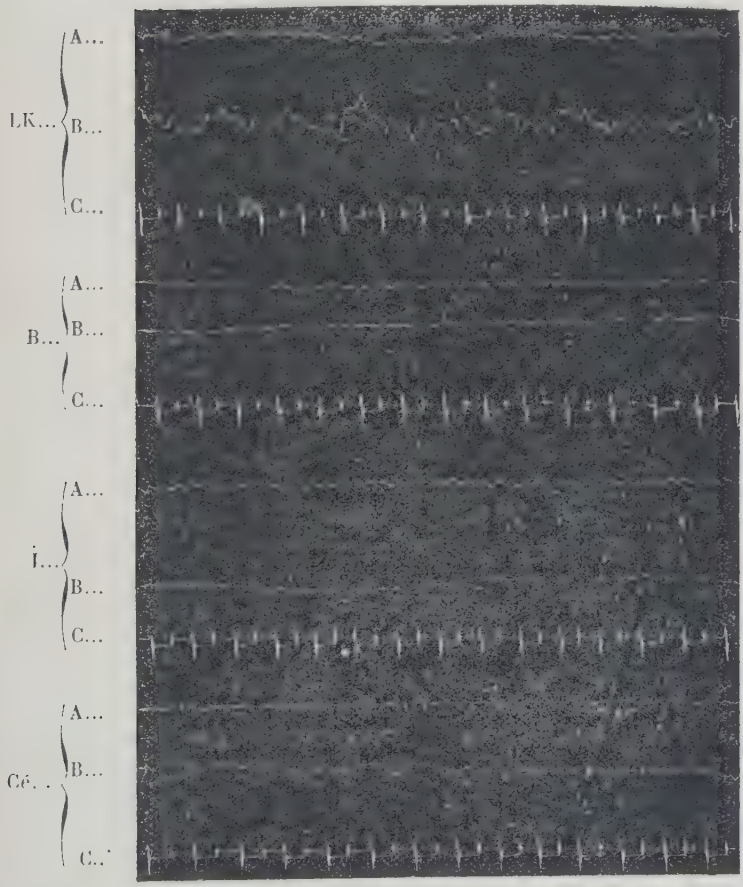
Les réactions vaso-motrices semblent généralement et assez régulièrement diminuées en rapidité : avec une surface de liège de 1 centimètre carré environ, appuyée fortement et d'une façon constante, en se servant du ressort du sphygmomanomètre de Bloch, poussé à son maximum, la pression durant cinq secondes et étant cessée brusquement, la tache blanche laissée disparaît :

Pour I...	au bout de	3 secondes.
Cé...	—	5 —
Henriette		4 —
Hu...	—	7 —
Bu...	—	6, 7, ou 8 (très variable)
F...	—	5
L. K...	—	4 ou 5
Pour un individu normal		moins de 3 secondes.

L'évaluation des mouvements respiratoires nous donne des résultats plus intéressants : Presque tous nos malades présentent une *légère augmentation du nombre des inspirations*, avec une *très notable diminution de l'amplitude. Ce fait n'est pas constant :*

Tracé n° 2 du pouls des malades : L.K. (homme), B... (femme), I.. (homme), Cé... (1) (femme).

A. — Pouls radical pris avec l'appareil Pachon.
B. — Pouls capillaire pris avec l'appareil Patrizzi.
C. — Chronomètre (secondes).



(1) *Cé...* Tracé pris le 2 décembre 1908, un jour d'excitation relative; voir planche précédente le pouls de la même malade dans son état habituel.

Nota. — Les tracés LK... et I... sont normaux; les tracés B et C indiquent la faiblesse de la fonction circulatoire (indépendance chez nos sujets de l'euphorie et de ces phénomènes).

		Inspirations à la minute.
Idiots, Imbéciles.	Cé..., respiration courte, superficielle.	20
	Juliette, respiration imperceptible.	18
	I..., respiration faible, presque normale	15
Paralytiques généraux.	Hu.., respiration irrégulière.	14
	B.., respiration superficielle.	24
Déments séniles.	L. K...[1], respiration irrégulière	20
	F..., respiration un peu dyspnéique	24

En somme, de tout l'examen de l'appareil circulatoire et respiratoire, le seul phénomène absolument constant que nous puissions retenir, *c'est une assez faible pression artériolaire*. Ce fait nous paraît d'ailleurs bien moins net et moins important que les symptômes et conditions psychiques, sensitives et motrices étudiées dans les précédents chapitres.

1. Voir la note de la page 223.

CHAPITRE VIII

QUESTIONS THÉORIQUES. — L'ÉTAT DE BÉATITUDE ET LA THÉORIE DES ÉMOTIONS

Nous ne voudrions pas que l'on puisse admettre que les observations, expériences et mesures qui précèdent contredisent en quelque manière celles que M. Dumas a exposées, spécialement dans son ouvrage sur la Tristesse et la Joie. *Des faits ne sauraient contredire des faits;* s'ils sont différents, c'est qu'ils caractérisent des états distincts : il doit exister quelque essentielle différence entre l'état de *Béatitude* de nos idiots, imbéciles et déments et l'état de *Joie* des circulaires en période d'excitation. C'est d'ailleurs l'impression première que l'on éprouve au simple examen de ces deux catégories de malades : il y a là deux états affectifs très dissemblables, bien qu'ils possèdent un caractère commun, le sentiment agréable. Aussi nous paraît-il que la comparaison des résultats

obtenus doive être particulièrement féconde.

Comme il est indiqué dans l'introduction de cet ouvrage, M. Dumas a constaté que les périodes joyeuses des aliénés circulaires coïncidaient avec des phénomènes d'excitation intellectuelle, motrice et circulatoire. Il note, à cette période, un sentiment de bien-être, de *puissance* et de légèreté, et, en fait, une augmentation de la puissance affective, sensitive, intellectuelle, et volontaire. La sensibilité est augmentée, le sens génital se réveille ; la lucidité est plus grande; les associations sont rapides, et l'on assiste à l'écoulement d'un impétueux flux d'idées ; le caractère est expansif. Cependant, parmi ces symptômes positifs, M. Dumas note un important phénomène qui ne ne représente certes pas un gain pour le sujet : c'est l'incoordination intellectuelle et motrice.

Les caractères physiologiques sont aussi nets que les caractères psychologiques. La joie s'accompagne de vaso-dilatation périphérique avec hyperglobulie. L'étude de la tension sanguine ne révèle pas de lois constantes ; mais il est des phénomènes que l'on trouve toujours chez les sujets joyeux de M. Dumas, lorsque l'on compare leur état à celui de la période de dépression mélancolique : *une circulation périphérique plus active*, et *l'accélération du cœur*. Un signe aussi constant consiste dans l'accélération et l'augmentation d'amplitude des mou-

vements respiratoires. Les recherches d'ordre chimique montrent, dans l'excitation agréable, une augmentation des combustions ; dans l'ordre physique et mécanique l'exubérance du geste, les phénomènes de mimique et le rétrécissement de la pupille sont les concomitants de cette joie d'action. *Tel est le fait* ; et les nombreuses et indiscutables expériences de M. Dumas vérifient et développent ce que l'observation a déjà pu indiquer : la succession, chez le malade, comme à l'état normal, de périodes de joie accompagnée d'excitation, à des périodes de tristesse et de dépression. Il est incontestable que pour presque tous, et la plupart du temps, l'on peut constater ces oscillations émotives, successives, pour ainsi dire, aux oscillations de l'activité ; et la noire tristesse se dissipe sous l'excitation agréable.

Nos sujets, au contraire, montrent un bonheur passif sur la description duquel nous ne reviendrons pas, puisqu'elle remplit les pages qui précèdent. Toute fonction mentale, intellectuelle ou émotive est ralentie chez eux. Leurs fonctions organiques participent aussi de ce ralentissement. Ils sont inertes. Aucun phénomène circulatoire ne peut expliquer cette intime euphorie : seule une basse pression artériolaire semble assez constante. Si on les dérange, au contraire, ou qu'on les irrite, ils sont envahis par l'angoisse ou la colère, et

manifestent alors les seuls phénomènes d'excitation qu'ils puissent développer. *Tel est, encore, le fait* ; et ces expériences ne font encore que vérifier et développer ce que l'observation a déjà pu montrer à chacun : la succession, chez le malade, comme à l'état normal, de périodes d'heureux et calme repos (au début du sommeil, par exemple) à des moments de tracas pénibles et anxieux. Ainsi la douloureuse agitation de la fièvre disparaît-elle dans l'agréable abandon qu'apporte le médicament ou la convalescence.

Il n'y a qu'une conclusion possible. A côté de la Joie il faut placer la Béatitude, comme la Stupeur à côté de l'Angoisse. Cependant, entre ces deux premiers états existe un très sérieux lien : c'est l'absence d'inhibition qui paraît caractériser aussi bien l'état de joie que celui de béatitude, et expliquer, dans l'un comme dans l'autre, l'existence du sentiment agréable. Entre les deux seconds, un pareil lien existe : c'est l'exagération des phénomènes d'inhibition, qui paraît caractériser toute Mélancolie, et expliquer, dans la Stupeur comme dans l'Angoisse, l'existence du sentiment pénible. Car, nous l'avons vu, une différence profonde sépare les béats torpides et les mélancoliques stuporeux : si, dans ces deux classes d'individus, la plupart des phénomènes intellectuels et moteurs sont ralentis, chez les premiers ce

ralentissement ne tient qu'à la faiblesse même de leurs facultés, de leurs fonctions et de leurs tendances. Chez les seconds il provient de la douloureuse inhibition ou de la pénible fatigue qui s'oppose à leur fonctionnement normal, à leur naturel épanouissement.

De même nous pouvons supposer que l'activité désordonnée du maniaque diffère de l'activité inquiète de l'anxieux, moins par sa grandeur que par sa qualité. Celle-là, en effet, ne connaît pas d'*obstacle*, et ne représente que le jeu de tendances et de fonctions *déréglées* que plus rien n'arrête. Celle-ci est faite tout entière d'efforts pénibles et insuffisants, de tendances mal et incomplètement réalisées ; activité inférieure, activité de malade, dit M. Dumas ; activité d'incapable, par conséquent, qui se rend compte de son incapacité et souffre d'une passagère déchéance qu'il connaît. Ainsi l'examen et la discussion des faits nous amènent à distinguer, en ce qui concerne les phénomènes agréables, des émotions diverses et complexes, inséparables de certains états organiques ou mentaux, et un sentiment, fond commun de ces émotions, dont l'origine doit être différente et l'explication plus générale. Sous l'émotion joyeuse, sous l'état affectif de béatitude, liés l'un et l'autre à des symptômes distincts, existe cependant le Sentiment agréable, qui doit reconnaître partout une même origine. Et, chez des sujets aussi

différents, on ne saurait trouver de commun que le jeu normal des fonctions somatiques et psychiques, intense chez ceux-là, très faible chez ceux-ci, mais jamais inhibé. La Joie est la conscience d'une certaine excitation, la Béatitude d'une certaine torpeur. Dans les deux cas, le sentiment agréable semble résulter de la suppression de toute contrainte, laissant s'épanouir les tendances de l'individu.

Fidèle à sa théorie générale de l'émotion, le Dr Lange considère que la Joie n'est que la conscience de certains états organiques. Pour lui, rien dans le phénomène affectif n'est irréductible. Il ne faut pas dire, pense-t-il, que nous pleurons parce que nous sommes tristes ; la proposition doit être inversée : nous sommes tristes parce que nous pleurons. Les modifications organiques, immédiatement successives à l'excitation, précèdent le fait affectif. Et il essaie aussitôt de réduire les principales émotions à un certain nombre de phénomènes somatiques, dont l'état de conscience du sujet n'est que l'expression. Il prétend d'ailleurs que la suppression de ces phénomènes amène la disparition de tout état émotionnel. Voici, selon le physiologiste danois, le schéma de la Joie : « Augmentation de l'innervation volontaire, dilatation vasculaire [1]. » Et voici la description

1. Dr Lange. *Les Émotions. Étude psychologique.* Trad. G. Dumas (Paris, F. Alcan, 3e éd., p. 82).

de cet état[1] : « L'exaltation fonctionnelle des muscles et des nerfs volontaires fait que l'homme joyeux se sent léger comme tous ceux dont les muscles sont puissants et reposés. Il sent le besoin de se mouvoir, il s'agite avec promptitude et vivacité, il gesticule avec force; les enfants sautent, dansent, frappent des mains... ; le sourire et le rire proviennent d'un excès d'impulsion nerveuse dans les muscles du visage et de la respiration... Dans la joie, les yeux rayonnent, ils étincellent... et c'est un fait connu que dans la joie les larmes montent rapidement aux yeux.

« Tandis que l'affligé donne l'impression de la vieillesse avec ses mouvements lents, son attitude penchée, ses traits tirés, le joyeux semble jeune par ses mouvements rapides et forts, son chant, son parler haut; la joie rajeunit. »

Voilà, certes, une formule et un portrait qui ne s'appliquent guère à nos malades ! Lange ne fait aucune différence entre la joie d'excitation et ce que l'on pourrait appeler la joie passive, et dans son système il n'y a aucune place pour des états analogues à ceux que présentent nos sujets. On serait en droit de dire, il est vrai, que Lange n'a jamais eu la prétention de donner la définition organique de toutes les émotions. Il le reconnaît lui-même et déclare n'en avoir étudié

1. *Loc. cit.*, pp. 46, 47, 48.

que quelques-unes, prises comme exemples. Néanmoins on peut douter que le Dr Lange ait jamais fait de distinction entre le sentiment agréable et l'émotion joyeuse, précaution qui pourrait permettre à sa théorie d'éluder des difficultés du genre de celle que soulèvent les expériences et les observations relatées dans les chapitres précédents. Du reste, la théorie du Dr Lange est assez vague par elle-même, et les arguments qu'il donne sont peu convaincants à cause de leur manque de précision. On peut lui reprocher aussi de ne pas avoir vu assez clairement les objections que pouvait rencontrer sa thèse. William James, qui défend des idées analogues, a le mérite de proposer des preuves plus ingénieuses et de soutenir une discussion plus serrée. Il ne pouvait laisser, sans y faire allusion, ces états de bonheur calme[1] : «... Cette sensation cérébrale de richesse semble être elle-même une source de plaisir, peut-être même en dehors de ce sentiment de bien-être, de cette *euphorie* que nous causent de temps à autre nos organes respiratoires. S'il existe vraiment une émotion purement spirituelle, je pencherais à la restreindre à cette sensation cérébrale d'abondance et d'aise, cette sensation d'activité de pensée qui ne rencontre pas d'obstacle et n'est pas trop fortement tendue, comme disait sir

1. William James. *La théorie de l'émotion*. Trad. G. Dumas (Paris, F. Alcan, 2e édit., p. 112).

W. Hamilton. Dans les conditions ordinaires, c'est là un état de conscience plein de sérénité et de beauté, mais dépourvu d'excitation... Je concéderai que s'il y a des exemples d'émotions indépendantes (des modifications organiques), c'est dans ces transports intellectuels qu'on pourrait les chercher ». Mais pourquoi vouloir que ces phénomènes d'émotion agréable simple soient uniquement liés à des états de « richesse » psychologique? Est-ce en vertu de ce préjugé que le bonheur réside toujours dans la conscience d'un bien véritable, et que ce bien véritable ne peut se traduire, dans l'organisme ou dans l'esprit, que par une augmentation de l'excitation, du nombre ou de l'intensité des processus? Il y a bien longtemps que la réflexion philosophique et le sens commun avaient démontré la fausseté de ces principes, et nous pensons que nos observations peuvent apporter leur contribution à cette critique. Les médecins, d'ailleurs, le savent bien : il y a des excitations de mauvais aloi et des dépressions salutaires, et les unes comme les autres peuvent coïncider, chez les malades, avec la mélancolie comme avec l'euphorie, de même que la salutaire réaction ou la finale cachexie peuvent coïncider tantôt avec un sentiment de bien-être, tantôt avec l'angoisse. Ces phénomènes sont infiniment plus complexes que ne l'imagine le Dr Lange. Ils sont trop complexes encore pour pouvoir être entière-

ment expliqués par la théorie de William James.

Il est vrai que ces deux auteurs ne se sont jamais flattés d'avoir donné la formule de toutes les modifications possibles de l'affectivité. William James fait même de subtiles distinctions entre les émotions grossières, entièrement réductibles, d'après lui, à la conscience de modifications périphériques, et les émotions fines, dont la genèse serait, sans doute, plus compliquée.

En somme, en ce qui concerne l'*émotion* proprement dite — phénomène éminemment complexe — nos observations et nos expériences ne contredisent pas positivement la théorie de Lange et de James. En effet, l'on peut et l'on doit admettre que les plus profondes différences existent entre la *Joie* qu'ils décrivent et la *Béatitude* de nos malades. Admettons donc deux émotions au lieu d'une — puisque la gamme en est infinie — et nous aurons, en partie, levé la difficulté; en partie seulement, car la *Joie* et la *Béatitude*, comme le *Plaisir*, physique ou moral, ont un résidu commun : c'est le *Sentiment agréable*.

Voilà le phénomène irréductible que les théories de Lange ou de James ne sauraient expliquer, puisqu'il se produit en dehors des conditions prévues par ces auteurs, et que, d'autre part, il se produit avec les modifications les plus opposées de l'état des organes périphériques, si bien

qu'il ne saurait dépendre exclusivement de ces modifications. Et, en effet, c'est bien là le point faible de cette doctrine. Certes, il est difficile de concevoir la Joie sans l'accélération des battements du cœur et la surabondance du geste; et les modifications des phénomènes cœnesthésiques modifieraient profondément l'état émotionnel. Mais, lors même que l'on supprime par la pensée, comme nous y invitent les auteurs, ces concomitants si indispensables, demeure, aussi simple, aussi indécomposable que le plus simple phénomène sensoriel, ce fait de conscience élémentaire : le *Sentiment agréable*.

James et Lange ont beau jeu, apparemment du moins, dans une émotion à tonalité variable, comme la colère : supprimez les manifestations périphériques, que reste-t-il? Rien de constant, sans doute, mais selon les cas, selon l'intensité de l'émotion et sa plus ou moins facile réalisation, un sentiment agréable ou pénible.

L'on n'expliquera pas le phénomène intime du plaisir qui suit une excitation sensorielle gustative par la conscience de la modification de l'état des artères. Il est encore moins logique de chercher l'explication du bien-être que procure un état de torpeur dans la supposition d'une excitation relative. Il vaut mieux conclure, comme nous y incitent l'observation personnelle et l'observation clinique, qu'il est des plaisirs de repos, comme il est des plaisirs d'action.

Il est vrai que James a tendance à considérer les états agréables, non accompagnés de phénomènes physiques d'excitation, comme de purs phénomènes intellectuels, de simples jugements de valeur. Cette opinion paraît peu soutenable : il n'est, pour la pure raison, ni mieux, ni pire ; et ces jugements de valeur reposent sur un indéniable fondement sentimental. L'état affectif de nos malades n'est sûrement pas réductible à un phénomène intellectuel !

Des intellectualistes, dont James accepte sur ce dernier point l'opinion, traitent encore plus mal que les physiologistes, le simple état affectif. Ils « relèguent dans le domaine de la sensibilité physique tout ce qui n'est pas réductible à des rapports de représentation[1] » et, pour le reste, l'expliquent plus ou moins par l'arrêt ou l'accélération des idées ou des images. Ainsi, comme leurs célèbres adversaires, les intellectualistes ne veulent guère voir, dans l'émotion joyeuse, que la conscience de l'accélération de certains processus, et ils tendent aussi à lui enlever toute existence indépendante, tout élément particulier. La différence qui les sépare réside dans la plus ou moins grande importance qu'ils attribuent aux uns ou aux autres de ces processus ; et cependant, chez nos malades, nous avons pu constater que le bien-être n'est lié ni a une accé-

1. G. Dumas. Introduction de l'ouvrage de James déjà cité, p. 31.

lération des phénomènes organiques, ni à une accélération des phénomènes mentaux.

M. Dumas se place à un plus vaste point de vue, qui lui permet de mieux concevoir les mutuelles influences qu'exercent entre eux les phénomènes intellectuels, moteurs et émotifs. Puisque, d'après les conceptions modernes, les modifications cérébrales et les phénomènes intellectuels n'expriment qu'une seule et même réalité, les théories intellectualistes ne s'opposent pas si radicalement aux théories physiologiques, et la conception du système nerveux permet de concilier ces deux doctrines. Il suffira d'admettre, selon le cas, une Joie d'origine périphérique ou centrale, sensorielle ou intellectuelle. M. Dumas n'affirme pas l'existence d'une joie passive, et l'a toujours laissée en dehors de ses recherches. Il admet, d'autre part, non plus que le plaisir est la conscience d'un certain nombre de phénomènes organiques, mais qu'« il relève de la même cause et ne les détermine pas[1] ». C'est la théorie du parallélisme des fonctions organiques et mentales qui permet de résoudre ces apparentes difficultés. Enfin, M. Revault d'Allonnes[2] complète ce point de vue en établissant une distinction analogue à celle que nous sommes conduits à faire entre

1. G. Dumas. *La Tristesse et la Joie*, p. 26 (Paris, F. Alcan).
2. Revault d'Allonnes. *Les Inclinations* (Paris, F. Alcan, 1907.

l'émotion, l'inclination et le sentiment, bien qu'il prenne ce mot dans un sens assez différent de celui où nous l'avons adopté.

Après avoir marqué les différences qui séparent nos malades de ceux qu'a décrits M. Dumas, préoccupons-nous de leur ressemblance, et nous comprendrons peut-être pourquoi deux états émotionnels aussi dissemblables aboutissent tous deux à un sentiment de plaisir. Nous croyons avoir établi au chapitre V de ce travail que la véritable torpeur de nos sujets diffère de la stupeur mélancolique parce qu'elle résulte, non pas de phénomènes d'inhibition, mais seulement de la faiblesse et du manque naturel d'activité des fonctions organiques et mentales. D'autre part, nous l'avons vu, les circulaires en état d'excitation de M. Dumas et, d'une manière générale, tous les maniaques *ne connaisssent pas l'inhibition*. Leur excitation détruit la plupart des obstacles, matériels et moraux, et donne libre cours à la réalisation, toujours plus ou moins entravée à l'état normal, de toutes les impulsions du sujet. *Il semble donc que, tandis que, l'émotion joyeuse ressort de phénomènes d'excitation et l'état de béatitude de phénomènes de torpeur, le sentiment agréable, commun à ces deux modes de l'affectivité, doive être relié à l'absence d'inhibition, à la pleine et complète réalisation des tendances.* Car il y a des tendances au repos comme il y a des tendances

à l'action, et le sommeil est un besoin dont la réalisation ne laisse pas que d'être agréable.

Une preuvre à l'appui de l'hypothèse que nous formulons, c'est que l'activité joyeuse du maniaque revêt une forme pénible dès qu'un réel obstacle lui est opposé, et se transforme en colère, d'autant plus désagréable que le sujet constate mieux son impuissance. De même, chez nos béats, une excitation qui les réveille, en quelque sorte, et contrarie leur douce tendance à l'immobilité, revêt d'ordinaire un caractère pénible.

Nous nous trouvons ainsi d'accord avec une bien vieille théorie : de nombreux philosophes l'ont professée, de nombreux physiologistes l'ont implicitement admise. En effet, que veulent dire ceux qui déclarent que le plaisir résulte d'une excitation d'intensité moyenne ? Ou bien ces mots d'intensité moyenne n'ont aucune signification, ou bien la mesure de cette intensité doit être cherchée dans les besoins de l'individu, et cette théorie revient à admettre que le plaisir résulte des phénomènes qui permettent la réalisation des tendances du sujet. Cette deuxième forme est d'ailleurs bien plus exacte que la première, car elle permet de comprendre les énormes fluctuations que peut subir la prétendue « moyenne » intensité.

M. Ribot, qui, cependant, admet que la joie s'accompagne toujours d'excitation, déclare que

le plaisir est « une marque dénotant que certaines tendances sont satisfaites[1] ».

L'hypothèse est bien antique, qui rattache le plaisir, non pas à l'intensité de l'acte, mais à sa perfection, à la pleine réalisation des tendances. Et il nous semble qu'il n'y a là aucune conception qui dépasse les données expérimentales, toute fonction créant des tendances, tout organe étant la source de désirs. Le Plaisir, d'après Aristote, c'est la fin de l'acte, et il ajoute que le plaisir couronne l'acte bien accompli, comme les charmes de la jeunesse résultent de l'harmonieuse perfection organique que l'on observe à cet âge. Il ne veut pas discuter si l'on doit aimer la vie pour elle-même ou pour le bien qu'elle procure, car le plaisir est intimement uni à la fonction, et en est, à vrai dire, inséparable. Le plus grand plaisir, d'après le vieux philosophe, ne résultera donc pas de la plus grande excitation, de l'activité la plus intense, mais de l'*adaptation* parfaite de l'action et de la réaction, de l'organe et de l'excitant, du désir et de ses conditions. D'après cette théorie, quel sera l'acte pénible ? Celui où le besoin est entravé, ou ne trouve pas ses normales conditions d'assouvissement. Et comme le repos est un acte vital indispensable, une période nécessaire dans les vicissitudes des échanges organiques et des réactions biologiques, c'est

1. Ribot. *Psychologie des sentiments* (Paris, F. Alcan, éd., p. 53).

encore la vieille, l'éternelle conception du plaisir qui nous permettra de comprendre, à côté des joies d'excitation, le calme bien-être de la torpide Béatitude.

Toutes les idées que l'on a pu proposer pour tenter d'expliquer la genèse du sentiment agréable se ramènent plus ou moins à l'ancienne théorie d'Aristote [1] ou à l'hypothèse de l'augmentation de la force et de l'intensité des processus. Comme cette dernière est incapable d'expliquer un certain nombre de faits, il est, jusqu'à nouvel ordre, logique d'accepter la première conception. C'est ainsi que Dumont [2], un peu arrêté par le déconcertant problème des plaisirs du repos, du bonheur du sommeil, déclare que l'organisme, à ce moment, prend conscience du gain réel qu'il récupère, des forces qu'il amasse, de la faculté d'action qu'il emmagasine. On peut l'admettre, bien que l'organisme se trompe souvent, à cet égard, lorsque, par exemple, il est plongé dans un sommeil d'origine toxique. Mais, puisque, dans le moment de l'action, l'organisme perd cette force amassée, pourquoi est-ce tantôt l'un de ces phénomènes, tantôt l'autre qui devient agréable? C'est que les désirs oscillent comme les besoins, et que la fatigue amène la tendance au repos, comme le repos amène la

1. Aristote, *Morale à Nicomaque*. Livre X.
2. Dumont, *Théorie de l'émotion. Le plaisir et la douleur* (Paris, F. Alcan).

tendance à l'action, qu'il est un rythme normal entre les phénomènes d'accumulation et les phénomènes de décharge, entre l'état d'attention et celui de distraction. Tous ces phénomènes s'enchaînent de la manière la plus complexe, et, au fond, la plus équilibrée. A chaque instant, le sentiment traduit l'état de l'organisme et la valeur de ses modifications qui, selon le cas, sont jugées bonnes, mauvaises, indifférentes.

Chez l'aliéné cet équilibre est rompu ; aussi jouit-il tantôt sans bornes ni retenue du plaisir de l'action effrénée — c'est le maniaque — tantôt d'une incurable et stupide torpeur — c'est le béat. Mais l'épuisement arrive avec la réaction mélancolique, ou l'irritation avec la pénible colère. Ainsi peuvent se concevoir grossièrement les modifications de l'état affectif chez nos malades et chez ceux de M. Dumas : les uns courent après le fortune, les autres l'attendent dans leur lit d'hôpital; et tous croient la posséder, parce que rien ne les contredit! L'anxieux mélancolique, au contraire, torturé par son besoin de relèvement, d'action normale, et la constatation de son impuissance, souffre l'atroce torture morale qui le conduit au délire. Ce qui est pathologique, chez les uns comme chez les autres, c'est la trop grande stabilité du sentiment, l'absence de ces insensibles et perpétuelles variations qui font passer l'homme normal de la

Joie active à la joie calme, et même de la joie à la tristesse. Quand elle n'est pas exagérée ni constante, la tristesse n'est pas pathologique : elle a sa place dans la gamme infinie des sentiments et ne s'oppose à la joie que comme, sur un clavier, les notes graves s'opposent aux notes aiguës : Telle est l'opinion de M. le Dr Bridou [1], auteur d'intéressantes études, sur la Joie morbide en particulier.

Un article a récemment paru sur l' « Instabilité sentimentale [2] ». A notre avis, c'est aussi la « Stabilité sentimentale » que doivent étudier ceux qu'intéresse la pathologie des émotions. Et peut-on trouver un état affectif plus stable que celui de nos malades, éternellement renfermés dans leur placide satisfaction !

1. Dr Bridou. La Joie morbide (*Revue scientifique*, 1906).
2. R. Meunier. *Journal de Psychologie*, 1909.

CHAPITRE IX

QUESTIONS PRATIQUES

Il est certain que la stabilité morbide du sentiment, dont il vient d'être question, ne peut être que de fort mauvais augure. Les aliénistes savent bien que les états de confusion, d'anxiété, d'agitation incohérente sont généralement passagers; et ils attendent, pour établir un pronostic, que les phénomènes aigus disparaissent un peu, de manière à laisser voir les éclairs de lucidité qui signalent la guérison ou les stéréotypies qui marquent d'ordinaire le passage de la maladie à l'état chronique. Nos malades, qui par leur affectivité s'opposent assez exactement aux anxieux, sont également à ce point de vue fort éloignés de ces sujets, pour lesquels il est souvent possible d'espérer un prompt rétablissement.

Les états de satisfaction, essentiellement chroniques, se rencontrent surtout dans les

maladies mentales les plus graves, celles où l'intelligence et même la vie sont irrémédiablement menacées. Ce n'est pas un hasard qui nous a fait choisir, comme objets de notre étude, des idiots et des déments, tous atteints de lésions définitives, progressives ou immuables, mais jamais susceptibles de guérison. Ce n'est, en effet, que dans des états analogues au leur que l'on peut trouver cette euphorie calme et paisible, qui n'est presque jamais entrecoupée par quelque brusque modification du sentiment. Et, comme il est indiqué au premier chapitre, si d'autres vésanies existent où l'on puisse rencontrer quelque forme semblable de l'émotivité, c'est généralement dans des affections chroniques ou tendant à la chronicité que l'on relèvera ce phénomène. Le meilleur exemple en est fourni par les sujets atteints du classique délire des persécutions à marche progressive, qui aboutissent fatalement à des conceptions mégalomaniaques, tandis que s'installe très insidieusement la démence terminale. Depuis de longues années tel persécuté se promenait dans la cour de l'Asile, sombre, irritable, marmottant à voix basse les paroles injurieuses que provoquaient ses hallucinations. Le doute pouvait encore être permis sur l'issue de sa psychose. Mais voici que disparaît cette agitation contenue. La colère fait place à la satisfaction, les gestes irrités à un port plein d'une noble aisance.

Quoique d'une expression hautaine, la physionomie devient souriante, et, désormais calme et serein, le malade ne fait plus allusion à ses ennemis imaginaires que pour les écraser de sa méprisante supériorité. Il n'y a plus à hésiter : le délire a suivi sa marche progressive, et l'on peut dès maintenant penser que cet homme ne sortira jamais de l'asile. Tout en maintenant les réserves que nous avons déjà faites à son sujet, le cas du persécuté mégalomaniaque semble venir confirmer la légitimité du ponostic généralement fatal que permettent de porter les états chroniques de satisfaction.

Il arrive souvent que l'on reçoive à l'asile des individus en état de grande agitation maniaque, très incohérents, très gais, dont la joyeuse activité se transforme rapidement en colère. Quelques grossières et passagères conceptions délirantes traversent ce chaos. Il n'est possible à ce moment de porter qu'un diagnostic symptomatique. Mais que l'agitation se calme et que l'incohérence disparaisse ; que la joie et la colère s'évanouissent, et que survienne tout doucement un état de tranquille hébétude, de satisfaction béate, d'optimisme absurde et souriant, aussitôt l'on pensera à la possibilité d'une paralysie générale. Et l'on ne s'étonnera pas d'en voir paraître les symptômes physiques, tant est grave, à la fin d'un accès d'agitation, la constatation d'une période de calme béatitude.

Et, lorsque l'on hésite entre le diagnostic d'affaiblissement intellectuel durable ou de confusion passagère, comme il est important de constater la tranquille niaiserie d'un sourire, le déplorable optimisme que trahit une réponse! La vanité des imbéciles les dénonce toujours; les débiles intellectuels brodent généralement leur délire sur les plus agréables suppositions que leur permet une mentalité rudimentaire. Le malade qui déclare que la vie est intolérable, et que l'on doit tuer en lui un pêcheur endurci; celui qui prononce avec joie les paroles d'un orgueil exalté; celui qui s'enferme dans le mutisme le plus absolu ou qui reste figé dans un état de stupeur mélancolique, tous peuvent être atteints de maladies réellement légères et curables. Mais pour celui qui dit avec un doux sourire « qu'il est bien ici », « qu'il n'est pas malade », « qu'il fait tout ce qu'il veut », pour celui-là toutes les chances sont en faveur de l'incurabilité, qu'il s'agisse d'un état constitutionnel ou d'un affaiblissement progressif des facultés mentales. Toutefois des formes analogues de l'affectivité se rencontrent à l'état normal, au moment du sommeil, par exemple, ou dans des maladies peu graves, sous l'influence, surtout, des intoxications. Mais alors, la période de béatitude est très courte. Dès qu'elle s'installe franchement, le pronostic de l'affection causale en devient assombri. C'est que l'état de béatitude

exprime l'absence à peu près totale de réactions de l'organisme contre la maladie, et cette absence de réactions ne peut être durable sans être, pour l'individu affecté, d'un fâcheux symptôme. La mélancolie elle-même comporte des phénomènes de défense, souvent, il est vrai, mal adaptés. La douleur elle-même suppose une réaction. La joie et la colère sont des réactions très vives. Mais la satisfaction nonchalante, c'est le doux abandon de l'individu qui s'endort; voilà pourquoi, sans doute, elle est, dès qu'elle persiste, de plus mauvais augure que toutes les autres formes de l'affectivité.

Laissons de côté le traitement physique ou chimique, qui, dans chaque cas, relève uniquement de la maladie causale, et considérons seulement les difficultés profondes que les états de satisfaction font toujours surgir devant les tentatives de traitement moral. Certes, l'on est beaucoup revenu de la psychothérapie immédiate, et l'on sait bien que les raisonnements ne servent guère, en général, dans la cure des aliénés. Cependant il devient de plus en plus évident qu'il est utile d'agir, sinon sur leur intelligence, du moins sur leur sentiment. L'isolement ou, selon le cas, la compagnie, l'hygiène morale, les règles de la vie de chaque jour, en un mot, mille conditions de milieu, infimes en apparence, sont de la plus haute importance, en particulier pour le traitement de certains mélancoliques. Il est même

utile, chez ces malades, et lorsque l'anxiété commence à disparaître, de leur parler et de les encourager, de les amener à la critique de leurs convictions délirantes, et surtout de la faciliter lorsqu'elle s'annonce. Rien de semblable n'est possible avec nos sujets. Ils se trouvent bien, et c'est là le pire de leur situation. Quoi que l'on fasse et que l'on tente, ils suivent leur interlocuteur d'un œil légèrement amusé, mais bien indifférent. Demandons-leur le moindre effort intellectuel, le moindre travail physique ; et, si quelque réaction survient à la longue, c'est un passager et pénible mouvement de colère, à la faveur duquel ils s'échappent pour revenir à leur torpeur bien-aimée. L'on a, dès qu'on les voit, l'impression que l'on ne peut rien sur eux, qu'il est impossible, quoi qu'on fasse, de les modifier réellement, et c'est peut-être pour cela que l'on éprouve en leur présence un sentiment plus désagréable que celui que provoque la vue d'un mélancolique. On ne saurait, en effet, essayer d'agir sur l'état mental d'un individu qu'en suscitant des désirs ou en modérant des tendances. Mais nos béats présentent un minimum de désirs ; ils sont contents de leur état, et leur doux optimisme les préserve contre toute action extérieure.

La conduite à tenir vis-à-vis de ces malades est plus complexe qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Qu'il s'agisse d'idiots, de

déments séniles ou de paralytiques, une confiance absolue ne doit pas être accordée aux béats. M. le Dr Pactet[1] a bien montré combien il faut se méfier de la « prétendue bienveillance des paralytiques généraux ». Il semble que cette règle de conduite doive s'appliquer spécialement à nos sujets. Il n'est pire eau que l'eau qui dort, et les réveils du béat peuvent être terribles. En effet, nulle inhibition ne s'exerce plus sur cet esprit en ruines; son agréable torpeur tient à l'absence même d'impulsions. Mais que, pour une raison quelconque, une réaction se produise, et l'individu, acharné dans sa colère, sera capable de perpétrer l'acte le plus féroce. Il sera d'autant plus dangereux que l'on se méfiera moins de lui. Si c'est là un fait certain et démontré pour les paralytiques généraux, les idiots présentent des phénomènes de ce genre ; tel est le cas classique de celui qui coupa la tête de son frère et vint la rapporter en souriant. Les malades dont nous avons publié les observations n'ont pas commis des actes aussi terribles ; mais presque tous se sont livrés à des violences, sans que, du reste, le plus souvent, leur mentalité se soit réellement modifiée. Le raptus passé, l'impulsion accomplie, ils reprenaient tranquillement leur souriante indifférence.

1. Dr Pactet. *L'accident de Villejuif. La prétendue bienveillance des paralytiques généraux.* Soc. médico-psych., 1904.

C'est bien à ces malades que s'applique le précepte populaire qu' « il ne faut pas contrarier les aliénés ». Autant ils sont dociles lorsqu'on ne les tire pas trop vivement ou trop longtemps de leur torpeur, autant ils sont têtus et impatients lorsqu'on est arrivé à troubler leur quiétude. F..., démente sénile, pleure et proteste parce qu'on veut prendre la valeur de sa tension sanguine, prétendant que le poids de l'instrument et la position de sa main la soumettent à une véritable torture ! Cé..., jeune imbécile, a des réactions plus vives : elle injurie et frappe lorsqu'on exige d'elle un travail nécessitant une certaine activité.

Tel est l'état de nos sujets ; et bien peu le trouveront enviable. Notre civilisation, notre race, notre époque ne nous portent guère à admirer les plaisirs du repos, et c'est peut-être un peu pour cela qu'on les a parfois niés. Pareille négation aurait sans doute moins de succès dans l'Inde, où l'extase du fakir paraît encore le *summum* du bonheur qu'il est possible d'atteindre. Le Bouddhisme n'est, en somme, au point de vue du sentiment, que la systématisation de cette tendance au repos bienheureux. Aussi les philosophies occidentales, qui, comme celle de Schopenhauer, conduisent à des conceptions analogues, sont généralement considérées, et se reconnaissent souvent elles-mêmes, comme des doctrines pessimistes.

D'ailleurs le pessimisme est étroitement lié à l'hédonisme. On l'a dit souvent, et non sans raison : Les doctrines qui préconisent l'unique volupté comme but de l'action humaine conduisent à l'ennui, à la tristesse, au désespoir.

Tant que les travaux et les théories scientifiques faisaient voir dans toute joie, dans tout plaisir, l'expression d'un phénomène d'excitation, d'activité fonctionnelle, de gain plus ou moins réel pour l'organisme, lorsque toute joie paraissait active, on pouvait encore prétendre que le sentiment agréable, quel qu'il soit, est le seul bien digne de recherche. Si nous admettons qu'il est des joies passives, correspondant pour la plupart à des faits de déficit ou de ralentissement, utiles certes dans certains cas, mais parfois profondément nuisibles et conduisant le sujet à la mort, le problème ne va-t-il pas changer de face ?

Et l'union intime des théories utilitaires et des conclusions pessimistes semble plus facile à comprendre. Comme unique bonheur auquel nous puissions prétendre, ces théories nous promettent, en effet, d'une façon plus ou moins détournée, les minutes de volupté qui couronnent la satisfaction de nos désirs.

Mais quelle est la nature de ce sentiment agréable ? Il est fait surtout de joie passive, si proche de l'apathie et du néant. Après le court moment où « le Plaisir couronne l'Acte », il ne

reste plus que la béate satisfaction du repos qui chez l'être normal disparaît si vite. Aussi Épicure conseille-t-il l'ataraxie à ses disciples et l'égoïste recherche-t-il dans le sommeil le succédané de la mort.

Pour Herbart et Schopenhauer la somme des souffrances dépasse infiniment celle des félicités. La mort de la victime n'est pas compensée par la volupté du carnassier qui mange et qui s'endort. Certes, la constatation est saisissante, mais est-ce là tout le bonheur de la vie ?

La véritable Joie, c'est la Joie positive, la Joie d'action, qui se dépense librement. L'individu ne jouit que fort peu de son désir accompli et sa conscience, dans le plaisir, tend au néant. Rien n'est plus juste. Mais la Joie profonde, la Joie intense qui accompagne l'enthousiasme avec lequel se perpètre l'acte choisi, tout cela ne compte-t-il pour rien ? Autant la Joie des maniaques est un état supérieur à la Béatitude des déments, autant nos moments d'activite libre et désintéressée sont-ils réellement supérieurs aux apathiques périodes de satisfaction. A ce nouveau point de vue, véritablement expérimental et, croyons-nous, scientifique, l'enthousiasme du sacrifice correspond à un fait autrement positif que l'apathique satisfaction qui suit la volupté ; et le travaileur désintéressé a mieux calculé sa Joie que le débauché qui s'endort. Les biens que nous recherchons sont

peut-être des chimères, mais toute véritable joie ne procède-t-elle pas de l'action ?

Pour la vieille théorie Aristotélicienne, le Plaisir et l'Acte sont inséparables. Aussi peut-on distinguer deux plaisirs entre lesquels, en fait, s'étagent tous les intermédiaires. Le premier c'est le plaisir positif, qui accompagne l'accomplissement normal de la fonction. L'autre, plaisir inférieur, très passager d'ailleurs chez l'individu sain, c'est le béat plaisir de satisfaction. Devons-nous admettre que ce dernier caractérise le vrai bonheur de notre existence ?

Mais nous ne saurions vivre sans cesse dans l'excitation d'une Joie déréglée et incohérente. L'euphorie du maniaque (pas plus que la Béatitude du dément) ne peut être comparée au Bonheur de l'homme normal. C'est une émotion qui accompagne et traduit une activité sans mesure. L'épuisement arrive après cet excès d'action. Le manque de coordination, la méconnaissance des obstacles, l'absence d'un but volontairement et délibérément choisi, l'usure des forces organiques amènent l'aliéné à la colère et à la tristesse. La conception actuelle des états de folie circulaires, ou, et suivant la nouvelle expression, des « psychoses maniaques dépressives » nous conduit à admettre que l'absence de la régulation nécessaire plonge alternativement ces individus dans la stupeur où l'angoisse mélancolique, dans la colère ou dans la joie.

Il faut faire la part de l'agrément du repos, si l'on veut être capable de goûter pleinement les Joies de l'action. Il faut faire la part, aussi, des minutes de plaisir qui relient ces deux états. Il faut faire la part, enfin, de la douleur et de la tristesse, indispensables moments de l'oscillation sentimentale qui ne fait que traduire l'oscillation de notre activité. Et, comme se superposent dans notre organisme les diverses fonctions, ainsi se crée la hiérarchie des plaisirs et des Joies dont M. le Dr Bridou a démontré le fondement physiologique. Cette hiérarchie, que notre conscience affirme, la science expérimentale va peut-être en découvrir la base biologique. La science et la conscience ne sauraient s'opposer, puisque, chacune à leur manière, elles nous révèlent tout ce que nous pouvons savoir du réel.

Le suprême bonheur de l'homme résulte de l'exercice de ses fonctions supérieures. Le luxe de l'activité désintéressée procure les joies les plus hautes. Les besoins inférieurs, sources d'émotions moins belles, ne doivent pas être annihilés, mais seulement subordonnés. La douleur a sa place aussi, avec la Tristesse, dans la lutte nécessaire. La Béatitude du repos peut venir enfin, avec le Plaisir, et doit, par moments, interrompre le cours de notre activité. Connaître ces conditions de la Vie, et les accepter sans faiblesse, coordonner ses Tristesses et ses Joies,

ses désirs et ses résignations en un ensemble cohérent et voulu, jouir enfin de l'épanouissement de ses meilleures tendances, dans l'harmonie de sa force, de son intelligence et de sa volonté, tel est le vrai bonheur de l'Homme.

CHAPITRE X

CONCLUSION

Il nous a donc été possible de confirmer notre première impression : dans l'idiotie, l'imbécillité, la paralysie générale et la démence sénile nous avons pu retrouver chez quelques sujets un état sentimental très analogue, correspondant à des caractères psychologiques assez constants. Malgré la grande dissemblance des symptômes que présentent ces malades, la persistance de certains phénomènes nous a permis de dégager leurs rapports mutuels. La Béatitude apparaît comme un état de satisfaction calme et paisible, avec un minimum de manifestations extérieures. Elle ne se révèle que par un sourire doux et niais assez durable, par l'optimisme des réponses du sujet, par le ton de sa voix. Elle n'est accompagnée d'aucune excitation intellectuelle ; au contraire, la torpeur de l'esprit paraît caractéristique. La sensibilité est généralement émoussée. La motri-

cité est toujours diminuée. Les phénomènes circulatoires sont, le plus souvent, ralentis, sans qu'il y ait, à ce sujet, une véritable constance dans les résultats des mesures. La pression artériolaire est faible chez tous les individus examinés. Enfin, fait très remarquable, cette euphorie coïncide souvent, chez les paralytiques généraux, avec la cachexie terminale.

Au point de vue psychologique, nous avons constaté un état spécial de l'attention qu'il est possible de rapprocher des phénomènes d'extase. Il s'agit d'une sorte de fixation passive de la pensée, d'un monoïdéisme involontaire et sans effort qui paraît intimement uni aux états de satisfaction béate.

On peut également rapprocher cette agréable détente des sensations de bien-être qu'éprouve l'homme qui s'endort. L'état de *Béatitude*, par bien des caractères, s'oppose à l'émotion joyeuse que M. Dumas a décrite en étudiant des aliénés atteints de folie circulaire en période d'excitation.

Cependant ces deux complexus affectifs ont un caractère commun qui existe aussi dans le plaisir : c'est le sentiment agréable. Sur ce point nous trouvons en défaut la théorie des émotions de James et de Lange; car si leur explication périphérique de la *Joie* ne vise pas, il est vrai, l'état de Béatitude, elle ne rend pas compte du sentiment agréable qui caractérise ces deux

formes de l'affectivité. Les théories intellectualistes semblent, aussi, insuffisantes.

Le sentiment agréable qui, selon la vieille expression, « couronne l'acte », peut aussi bien se produire après un phénomène intellectuel qu'après un phénomène physiologique, après une excitation qu'après une dépression. Il accompagne la fonction active : c'est la Joie ; il marque l'assouvissement du désir : c'est le Plaisir ; il résulte de la satisfaction consécutive : c'est la Béatitude. Il dépend, non de l'intensité de la fonction, mais de son harmonieux déploiement et de l'absence d'inhibition. C'est ainsi que l'on peut distinguer et rapprocher la Joie active de la passive Béatitude.

L'euphorie béate que nous avons décrite paraît, pour les individus qui en sont atteints, d'un funeste présage. La vie des uns, l'intelligence de tous sont irrémédiablement compromises. A ce point de vue, nous comparons la valeur pronostique des états de satisfaction à celle des délires mégalomaniaques dont l'apparition au cours d'une psychose, caractérisée par des idées de persécution, est considérée comme un signe de définitive chronicité. Ils rendent, d'ailleurs, impossible toute tentative de psychothérapie.

Malgré leur douceur et leur bienveillance, qui découlent de leur état de satisfaction, il faut savoir se méfier de ces malades, qui n'ont de réel attachement pour personne, et sont capables des

plus violentes réactions si l'on parvient à les tirer de leur torpeur. Ainsi l'homme qui sommeille, dans son horreur de l'effort, ne sort de son doux abandon que pour manifester l'ennui que lui cause un brusque réveil.

La Joie d'action correspond à des phénomènes positifs, au contraire de la Béatitude de satisfaction. C'est peut-être pour cela que les théories égoïstes et hédonistes mènent le plus souvent au pessimisme : elles envisagent comme le vrai but de la vie les minutes de volupté qui accompagnent l'assouvissement des désirs, et marquent le retour à l'apathie. La Joie du travail et de l'enthousiasme désintéressé trouverait ainsi son fondement biologique, car elle correspond à une véritable et saine excitation, mentale et organique.

Mais il faut faire aussi leur place aux plaisirs du repos; entre la Joie du maniaque et la Béatitude du dément, l'Homme normal connaît le Bonheur de l'activité calme, puissante et volontaire.

Vu :
Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Le Président de la Thèse,
E. BRISSAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE[1]

Aristote. — *Morale à Nicomaque.* Chap. X.

Arnaud. — Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. *Arch. de Neurologie,* 1897, juin, p. 433. — *R. N.* 1897, p. 420 et Congrès de Bruxelles. *Revue Neurologique,* 1903, p. 834.

Baillarger. — De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale. *Annales médico-psychologiques,* 66, VIII, I.

Baillarger. — De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux. *Annales médico-psychologiques,* 58, IV, 368.

Ball et Chambard. — Art. *Démence.* In *Dict. Encycl.,* 1882.

Ballet et Blocq. — Paralysie générale progressive. *Traité Charcot-Bouchard,* 2e édit.

Barazer (J.-L.). — *De la mort dans la paralysie générale.* Thèse 1890.

Battarel. — *Remarques sur la paralysie générale chez les indigènes musulmans.* Thèse Montpellier, 1903. — *R. N.* 1904, p. 83.

Bayle. — *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* Maladies mentales. Paris, 1826.

Bergson (H.). — *Le rire.* Paris (F. Alcan), 1900. p. 205.

Berthier. — *Considérations physiologiques et médicales sur le plaisir.* Paris, 1821.

Bertin. — Mort. Art. du *Dictionnaire Dechambre.*

1. R. N ; comptes rendus de la Revue Neurologique

Biaute. — *Arch. méd.-psycholog.* Juillet 1889. Maladies mentales dans la vieillesse.

Biervliet (J.-J. von). — L'envers de la joie et de la tristesse *Revue des questions scientifiques.* XIII, Juillet, 1899.

Bos (C.). — Du plaisir et de la douleur. *Rev. Philos.*. LIV, 1902, pp. 66-74.

Bouillier (F.) — La cause de la douleur et du plaisir. *Rev. Philos.*, I, 1876, pp. 433-445.

Bouillier. — *Du plaisir et de la douleur.* Paris, 1885.

Bourdin. — L'extatique de Fontet. *Annales médico-psych.*, 78, XIX, 225.

Bourdon. — La sensation de plaisir. *Revue Philos.* XXXVI, 1898, pp. 225-237.

Bridou. — La joie morbide. *Revue Scientifique*, 1906.

Blin. — Débilités mentales. *Revue de Psychiatrie*, août 1902.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'idiotie.* Paris, 1902. — *R. N.* 1903, p. 186.

Bourneville. — *Recherches cliniques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Paris, 1902.

Bonnat. — *Etude clinique sur la période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux.* Thèse de Paris, 1900. — *R. N.* 1901, p. 104.

Camus. — V. Dupré.

Chagnon. — Sur la période terminale de la paralysie générale. *Bulletin méd. de Québec*, sept. 1901. — *R. N.* 1902, p. 461.

Charcot. — *Leçons sur les maladies des vieillards.* Paris, 1886.

Christian et Ritti. — Paralysie générale. *Dictionnaire Dechambre.*

Condillac. — *Traité des sensations.*

Courdaveaux. — *Etude sur le comique.* Paris, 1875.

Cullère. — *Délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard.* Congrès de Pau, 1875.

Curus (Paul). — The nature of pleasure and pain. *Monist*, VI, 1895-96, pp. 432-442.

Dagonet. — Extase avec hallucinations religieuses. *Revue médico-psych.*, 48, XII, 367.

Dagonet. — Traité des maladies mentales, 1894, p.660.

Damaye. — *Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale.* Thèse Paris, 1903. — *R. N.* 1903, p. 179.

Damaye. — V. Toulouse.

Darwin. — *L'Expression des émotions*, p. 210.

Delasiauve. — Extase chez les enfants. *Société médico-psychol.* V. *Annales*, 55, I. 527 et 56, II, 126.

De Martines. — Troubles du goût et de l'odorat dans la

paralysie générale progressive. *Revue méd. de la Suisse Romande*, août-septembre 1900. — R. N. 1901, p. 514.

Descartes. — *Lettres à la princesse Elisabeth.* Ire partie, lettre 6.

Devillars. — *La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale.*

Doré. — *La mort dans la paralysie générale.* Thèse de Paris, 1898. — R. N. 1899, pp. 28 et 183.

Doutrebende et Marchand. — Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque, avec autopsie. *Soc. méd. psychol.*, 2, 1906.

Dufour. — Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale. *Ann. méd.-psychol.*, 1878, 5 S. XX, 171-190.

Dugas. — Psychologie du rire. *Revue Philos.*, LVI. 1903, pp. 177. — Cf. *Revue Philos.*, LVI, 1902, pp. 188-290.

Duhem (Paul). — Délire mystique causé par les pratiques du magnétiseur Philippe, *Soc. méd.-psychol.*, 30 avril 06. — *Ann. méd.-psychol.*, 2, 1906.

Dumas (G). — *La tristesse et la joie.* Paris (F. Alcan), 1900.

— Le sourire. *Revue Philos.*, juillet 1904, pp. 1-23,

— Recherches expérimentales sur la joie et sur la tristesse. *Revue Philos.* XLI, 1896, pp. 577-601. XLII, 1897, pp. 24-45, 113-138.

Dumas (G). — V. Klippel.

Dumont. — *Théorie scientifique de la sensibilité.* Paris, F. Alcan.

Duprat. — Sentiment d'orgueil et débilité mentale. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 24 janvier 1897.

Dupré. — *Euphorie délirante des phtisiques.* Congrès de Pau. 1904

Dupré. — Paralysie générale progressive. Psychopathies organiques in Ballet. *Traité de Pathologie mentale*, p. 870.

Dupré et Camus. — Euphorie délirante des phtisiques. Hétérotopie médullaire. *Encéphale*, 1906, p. 452 à 459.

Esquirol. — *Maladies mentales*, 1838, pp. 3 et 4.

— Démence. *Dictionnaire des sciences médicales.* Paris, 1814, VIII, 280-93.

Esquirol. — Art. Idiotisme. *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818 et Recueil, p. 20.

Favrot. — *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.* Thèse de Paris, 25 janvier 1844.

Féré (Ch.) — *Travail et plaisir.* Paris, 1904, p. 476.

Ferrus. — De l'idiotie. *Gazette médicale*, 1834.

Fite (W.). — The place of pain and pleasure in the functional psychology. *Psychol. Rev.*, X, 1903, pp. 633-644.

Fouillée (A.). — Le plaisir et la douleur. *Revue des Deux Mondes*, 1886, 1er avril, pp. 658-692.

Foville (Ach.). — Historique du délire des grandeurs. Paris, 1869. *Ann. médico-psychol.*, 70, IV, 189.

Foville (A., fils). — Démence. V. *Dict. de méd. et chir. prat.* Paris. 1869, XI, 95-122.

Garnier (P.). — *Les paralytiques généraux. La Folie à Paris* 1890.

Garnier (P.). — Des idées de grandeur dans le délire des persécutions. *Annales médico-psychologiques*, 78, XX, 478.

Giannone. — Analgésie du nerf cubital dans la paralysie générale. *The Alienist and neurologist*, 1897, janvier, vol. XVIII, p. 10. — *R. N.*, 1877, p. 315.

Giné. — Extase érotique avec phénomènes de somnambulisme, guérison. Ext. de *El siglomédico*, janvier 1871. *Annales médico-psychol.*, 72, VIII, 290.

Groppoli. — *La dottrina del piacere in Platone ed Aristotile.* Milano, 1900.

Griesinger. — *Maladies mentales.*

Hamilton. — *Lectures.*

Humblot. — Démence simple primitive. *Gazette des Hôp.*, Paris, 1872, XIV, p. 83.

James (Wm). — *La théorie de l'émotion.* Traduit de l'anglais par G. Dumas. Paris (F. Alcan), 1902.

Jougla. — Démence avec idées incohérentes de grandeur sans aucun symptôme de paralysie; valeur de l'écriture et de ses modifications. *Gazette des Hôp.* Paris, 1872, XIV, 265-267.

Kant. — *Anthropologie.*

Keraval et Laurent. — Recherches sur l'analgésie du cubital (signe de Biernachi) chez les aliénés. *Arch. de Neurologie*, févr. 1899. — *R. N.* 1899, p. 772.

Koestner. — *Réflexion sur l'origine des plaisirs.*

Klippel. — *Les paralysies générales progressives.* Paris, 1898.

Klippel et Dumas. — Des paralysies vaso-motrices dans leur rapport avec l'état affectif des paralytiques généraux. *Congrès des médecins aliénistes*, Bordeaux, 1895.

Kovalevski. — Symptomatologie de la paralysie générale. *Messager médical*, n° 9 et 10, 1901.

Kraepelin. — *Introduction à la psychiatrie clinique.* Trad. Devaux, 1907, p. 113.

Kraft-Ebing. — Démence paralytique. *Traité clinique de Psychiatrie.*

Kraft-Ebing. — Démence sénile. *Ann. médico-psychol.*, 1876 (analyse).

Lagardelle. — *Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, étudiée spécialement au point de vue thérapeutique.* Ouvr. paru en 1870.

Laignel-Lavastine. — La psychologie des tuberculeux, 1907. Analyse dans la *Revue Neurologique*, 30 juin 1907.

Laignel-Lavastine. — V. Vigouroux.

Lalande. — Essai sur la pathogénie du délire dans la paralysie générale. *Ann. méd.-psychol*, janvier 1900.

Laurent. — V. Kéraval.

Lange-Carl. — *Les émotions.* Trad. et préf. de G. Dumas. Paris (F. Alcan), 3e édit., 1907.

Lasègue. — *De la paralysie générale progressive*, 1853.

Legrand du Saule. — De la démence sénile. *Courrier médical.* Paris, 1870, XX, 53, 61, 69.

Lévêque de Pouilly. — *Théorie des sentiments agréables.* Paris, 1748, 1750, 1774.

Lombroso. — *Il problema della Felicita.* Torino, 1889, p. 256.

Londeu. — Mémoires sur l'extase épidémique qui régnait en Suède en 1841 et 1842. *Gazette médicale de Paris*, septembre 1843 (Compte rendu : *Annales médico-psychologiques*).

Magnan. — Etude clinique et anatomo-pathologique comparative de la démence et de l'idiotie. — *Tribune médicale*, Paris, 1882. XIV. 16-18.

Mantegazza. — *La physionomie et l'expression des sentiments.* Paris, Félix Alcan, 1889, 2e éd.

Mantegazza Paolo. — *Fisiologia del piacere.* Trad. fr Paris, 1886.

Marandon de Montyel. — La mort aux trois périodes de la paralysie générale. *Revue de Méd.*, 10 août 1898. — *R. N.* 1898. pp. 731 et 859.

Marandon de Montyel. — De l'évolution des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. — *Gazette hebd.* 20 août 99. — *R. N.* 1879 p. 879.

Marandon de Montyel. — Troubles de la sensibilité aux trois périodes de la paralysie générale. — *Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1901. — *R. N.* 1902, p. 1128.

Marcé (L. V.). — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale. — *Gaz. méd. de Paris*, 1863, 3. S., XXXIV, 433, 467, 497, 631, 761, 797, 831, 855.

Marchand. — V. Doutrebente et Toulouse.

Martin Louis. — *Étude psychologique d'un cas de délire des grandeurs.* 1890.

Mignard. — Un cas de béatitude. — *Société de psychologie,* avril, 1908.

Mignard. — Les Satisfaits. — *Revue de Psychiatrie,* 1908.

Mignard. — Voir Toulouse.

Mignot. — Voir Sérieux.

Moreau. — *De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et affectives.* Paris, 1878.

Morel. — *Maladies mentales* 1851. (Gravures : *Idiots et déments souriants.*)

Noyes. — Introduction à l'étude psychologique des enfants arriérés. — *New-York méd. Journal,* 22 juin 1901.

Ollivier. — *Contribution à l'étude des maladies mentales des vieillards.* Th. Paris, 1891.

Pachantoni. — La dissolution de la vie affective dans la vieillesse. — *L'Encéphale,* juin, 1908.

Pactet. — L'accident de Villejuif. La prétendue bienveillance des paralytiques généraux, *Soc. méd. psych.* 1904.

Pailhas. — *Un cas de paralysie générale à début marqué par l'amélioration du caractère.* — Congrès de Limoges. — R. N. 1901, p. 792.

Parant. — De la suractivité intellectuelle dans la paralysie générale. — *Ann. méd. psych.,* 1887.

Pinel. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation et les manies.* — Paris, an IX. pp. 23, 166-174.

Pécharman. — *Les psychoses de la vieillesse.* Thèse, 1993.

Raulin. — *Le rire et les exhilarants.* — Thèse, Paris, 1899.

Raymond et Sérieux. — Paralysie générale. Dans le *Traité de Brouardel et Gilbert,* t. VIII.

Rebatel F. — *Le rire dans la démence précoce.* Thèse, Lyon, 1908.

Regis. — De la dynamie fonctionnelle au début de la paralysie générale. [*Annales méd.-psychol.* 1887.]

Regis. — *Le délire de rêve chez le vieillard.* Congrès des Aliénistes de Bordeaux, 1875.

Regis. — *Manuel de Psychiatrie,* 1903.

Regnard. — Démence sénile. — Phénomènes congestifs. — contracture, torpeur; coma; mort; hémorragie méningée néo-membrane de la dure-mère; vaisseaux capillaires énormes; ramollissement cérébral. — *Bull. Soc. Ann. de Paris.* 1864. XXXIX, 518-521.

Ribot. — *Psychologie de l'attention.* Paris, F. Alcan, 1887. p. 143.

Rist. — Variété de la paralysie générale. — *Soc. méd.-psychol*, janvier, 1890. — *Ann. méd. psychol*, mars 1890.

Rogues de Fursac. — *Manuel de Psychiatrie*, Paris, F. Alcan, 1903.

Sandret. — Sommeil extatique. — *Annales méd. psychol.* 51. III. 316. — Extrait de l'*Union médicale*, 1851.

Schule. — Paralysie générale. *Traité des maladies mentales.* Trad. Dagonet et Duhamel, 1888.

Séglas. — Psychoses séniles. — *Progrès médical*, 1888.

Sérieux. — V. Raymond.

Sérieux et Mignot. — Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle, avec alternance des phénomènes d'excitation et déficit des centres nerveux. — *Ann. méd. psychol.*, oct. 1902. *R. N.* 1903, p. 283.

Seygal. — *La loi de régression dans la démence.* Th. Paris, 1891.

Sollier. — *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.* Paris, F. Alcan. 1900.

Toulouse et Damaye. — *La démence vésanique est-elle une démence?*

Toulouse et Marchand. — Imbécillité et Paralysie générale. — *Ann. médico.-psychol*, sept. 1901.

Toulouse et Mignard. — Confusion et démence. — *Revue de psychiatrie*, août, 1908.

Toulouse et Vaschide. — Recherches expérimentales sur la sensibilité olfactive dans la paralysie générale. — *Revue de psychiatrie*, février 1902.

Toulouse et Vaschide. — Mesure de l'odorat dans la paralysie générale. *Soc. de Biologie*, 3 février 1900.

Vaschide et Lahy. — Les coefficients physiologiques du plaisir et de la joie d'une idiote. — *Arch. gén. de médecine*, 1904. p. 3153. — *R. N.* 1905. p. 694.

Vaschide et Vurpas. — *Les rêves des paralytiques généraux.* Congrès de Madrid. *R. N.* 1903, p. 594.

Vigouroux et Laignel-Lavastine. — *Contribution à l'étude de quelques formes de P. G.* — Congrès de Bruxelles. — *R. N.* 1903, p. 829.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

L'EUPHORIE

Pages.

Les Euphories toxiques. — L'extase. — Les joies d'excitation. 1

CHAPITRE PREMIER

LES BÉATS. — IDIOTS ET DÉMENTS SATISFAITS

Description sommaire. — États analogues. — Rapport des états de satisfaction avec l'affaiblissement intellectuel. 9

CHAPITRE II

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS L'IDIOTIE

Opinions de quelques auteurs. — Observations. — Joie calme chez les idiots et les imbéciles. — État spécial de l'attention. — Absence de phénomènes d'excitation mentale et physiologique 17

CHAPITRE III

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Pages.

Opinions de quelques auteurs. — Observations. — Euphorie béate chez les déments paralytiques ; coexistence avec le mauvais état organique, et même avec la cachexie. — Absence de phénomènes d'excitation . . 73

CHAPITRE IV

LES ÉTATS DE SATISFACTION DANS LA DÉMENCE SÉNILE

Du caractère des vieillards. — Déments séniles. — Observations. — Les délires de rêve. — Absence d'inhibition, absence d'excitation. — Puérilisme et béatitude. . . . 141

CHAPITRE V

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

Attitude, physionomie. — Troubles spéciaux de l'attention. — Dissociation ou monoïdéisme passif. — Rapport avec l'extase. — Union de ces phénomènes avec le sentiment agréable. — Pourquoi la torpeur est-elle agréable et la stupeur pénible? — Effort et paresse. — L'absence d'inhibition. — Étude systématique des autres fonctions. — La mémoire. — L'association des idées. — Jugement et raisonnement. — Croyances. — Le Sentiment. — La Béatitude. — Phénomènes secondaires : le Délire, Inclinations, Instincts, Tendances. 170

CHAPITRE VI

ÉTUDE DE LA MOTRICITÉ ET DE LA SENSIBILITÉ

Affaiblissement marqué des différentes formes de la sensibilité. — Analgesie et Euphorie. — Les troubles

Pages.
cœnesthésiques. — Affaiblissement de la motricité volontaire. — Immobilité. — Horreur de l'Effort. . . 204

CHAPITRE VII

ÉTUDE DE L'ÉTAT ORGANIQUE ET DES FONCTIONS DE LA VIE VÉGÉTATIVE

La bonne santé des idiots est-elle bien réelle? — Paralytiques généraux cachectiques et béats. — Déments séniles artério-scléreux. — Phénomènes circulatoires et respiratoires. — Tableaux récapitulatifs. — Phénomènes peu constants. Basse pression artériolaire assez constante 217

CHAPITRE VIII

QUESTIONS THÉORIQUES. — L'ÉTAT DE BÉATITUDE ET LA THÉORIE DES ÉMOTIONS

Faits établis par M. Dumas dans l'étude des aliénés atteints de folie circulaire : la joie d'action. — Résultats de ce travail : la Béatitude de satisfaction. — Deux états affectifs différents. — Correspondance chez le sujet normal. — Un résidu commun : le Sentiment agréable. — C'est ce que n'explique pas la théorie de James et de Lange. — Échec de la Théorie intellectualiste. — Conception de M. Dumas. — Distinction de M. Revault d'Allonnes. — La théorie d'Aristote. — Point de vue personnel 231

CHAPITRE IX

QUESTIONS PRATIQUES

Valeur pronostique des états de satisfaction. — Impossibilité de la psychothérapie. — Ce qu'il faut penser de la bienveillance des béats. — Nous ne pouvons considérer cette calme satisfaction comme un but enviable. —

Pages.

L'Hédonisme et le Pessimisme. — La véritable joie (joie d'excitation) accompagne l'acte et ne succède pas à la satisfaction de la tendance. — Le Bonheur normal opposé à la joie déréglée du maniaque, à la béatitude torpide du dément. 250

CHAPITRE X

CONCLUSION 263

BIBLIOGRAPHIE 267

Paris. — Typ. PH. RENOUARD, 19, rue des Saints-Pères. — 2144.

LES OPSONINES

DU MÊME AUTEUR

Cirrhose syphilitique métasplénomégalique et a forme hypersplénomégalique. — « Soc. méd. des Hôp. », 1905, en collab. avec M. le Dr Caussade.

La syphilis du foie. — « Revue générale », *in* « Gaz. Hôp. », 20 janvier 1906.

A propos de la syphilis du foie. — Note complémentaire, « Gaz. Hôp. », 27 janvier 1906.

Recherches sur la syphilis hépatique expérimentale. — « Semaine médicale », 25 septembre 1907.

Les abcès du cerveau d'origine otique. — Etude *histologique* de la paroi de l'abcès, « Bulletin médical », 14 octobre 1906 (en collab. MM. les Drs Caussade et Wicart).

Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil. — « L'Encéphale », 1906 (en collaboration M. le Dr Maillard).

Œdème du poumon au cours d'infections pulmonaires. — « Soc. méd. des Hôp. », février 1906 (en collaboration MM. Caussade et I. de Jong).

Gonocoque et méningocoque. — « Presse médicale », 15 janvier 1908 (en collaboration M. le Dr Tanon).

Péricardite sèche au cours d'une intoxication par le sublimé. — « Presse médicale », 12 août 1908 (en collaboration de M. le Dr Petit).

Leçons recueillies. Neurone et neurule. — Individualité des éléments nerveux périphériques. Leçon faite par M. Durante dans le service de M. Caussade. « Bulletin médical », août 1905.

— Rougeole et tuberculose. — Leçon faite par M. le professeur Hutinel. « Journal des Praticiens », décembre 1908.

— Accidents de la dentition chez le nourrisson. — Leçon faite par M. le professeur Hutinel (pour paraître prochainement).

Modifications apportées a la posologie médicale des médicaments héroïques, par le *nouveau Codex*, « Progrès médical », 30 octobre 1908.

Perforations intestinales d'origine typhique. — « Revue générale », « Progrès médical », 10 oct. 1908.

La balnéation dans la fièvre typhoïde. — « Progrès médical », 21 nov. 1908.

Passage des opsonines de la mère au fœtus. — « Gaz. des Hôpitaux », 23 juin 1908.

Opsonines et sporotrichoses. — « Soc. méd. des Hôpitaux », 3 juillet 1908.

Influence de quelques facteurs sur le mécanisme de l'opsonisation. — « Progrès médical », juillet 1908.

Spécificité des opsonines. — *Diagnostic opsonique en particulier dans la fièvre typhoïde.* « Arch. de Méd. Exp. et d'Anat. path. », n° 4, juillet 1908.

Sérothérapie antityphique. — *Opsonisation antityphoïde*, *in* communication Chantemesse. Congrès de Berlin, 23 septembre 1907.

Pour paraitre prochainement

Le choléra asiatique. — « Revue générale » (en collaboration avec M. Lévy) « Progrès médical ».

Opsonines et fièvre typhoïde. — « Annales de l'Institut Pasteur ».

Cirrhoses pigmentaires. — (En collaboration avec M. le Dr Caussade). *In* « Bulletin médical ».